جامعة عين شمس
كلية الآداب
قسم علم النفس

مفهوم الذات

لدى مرضى الجلد السيكوسوماتيين

بحث مقدم من

الطالبة

سحر على طه على جزر

للحصول على درجة الماجستير فى الآداب
(قسم علم النفس)

تحت إشراف

أ.د محمد محمد سيد خليل

أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس

القاهرة ٢٠٠١

- **مقدمة**

إن التطور السريع فى الحياة الحديثة وانتقالها من البساطة إلى التعقد مع سرعة التحولات التكنولوجية والاجتماعية والبيئية والاقتصادية أدى إلى ظهور عوامل جديدة أكثر فعالية وتأثيراً على الإنسان وظهور أمراض جديدة لم يكن الإنسان يألفها أو يسمع عنها مثل أمراض القلب والسكر والأمراض الخبيثة وغير ذلك من أمراض العصر الحديث المنتشرة .

وقد تميزت هذه الأمراض بالإزمان والديمومة لما تسببه من إصابات حادة أو دائمة تؤثر على نشاط المريض المعتاد وتعوقه عن أداء وظائفه، بل وإشباع حاجاته الأساسية مما يجعله فى حاجة إلى رعاية طبية واجتماعية ونفسية مستمرة. ولما تسببه أيضا من مشكلات اقتصادية واجتماعية للفرد والمجتمع. وقد أدرك الطب الحديث الجذور السيكلوجية للأمراض الجسمية التى تصيب الفرد مما أدى إلى نشأة فرع جديد فى الطب سمى بالطب السيكوسوماتى. وتؤكد هذه التسمية على دور الإنفعال فى حدوث الاختلال الوظيفى أو المرض الجسمى.

وتؤكد الأمراض السيكوسوماتية على العلاقة التكاملية بين الجسم والعقل و التفاعل القائم بينهما. بل إنه قد أصبح من المسلم به الآن أن كثيراً من الأمراض الجسمية يمكن أن يكون لها جذور نفسية هى نتاج لهذا المرض كالتغيرات اللاحقة للإصابه بمرض الإيدز.

ولقد صنفت العديد من الأمراض التى يصاب بها الإنسان باعتبارها أمراضا سيكوسوماتية. والتى بلغت حجما متضخما منذ اعتبر الأطباء أن معظم الأمراض التى تصيب الإنسان ليست أمراضا جسمية فقط ولكنها أمراض سيكوسوماتية فقد أصبح مصطلح سيكوسوماتى يغطى مدى واسعا من الأمراض فى ازدياد مطرد بسبب التقدم التكنولوجى والتحديث الذى أدى إلى تغيرات عديدة تحيط بالفرد خارجيا وداخليا فهو متفاعل مع هذه التغيرات ويستجيب لها فهذه التغيرات والأحداث الضاغطة تستفز، وتثير القلق والخوف والشعور بالذنب وغيرها من الإنفعالات التى قد يعبر عنها الفرد وقد لايسمح لها بالتعبير الصريح

سواء بالقول أم بالفعل مما يحدث لدى الفرد اضطرابا يتجه أول ما يتجـــه إلـــى ذات الفرد فتتغير فكرة الفرد عن ذاته.

فإذا استمرت الإنفعالات والاضطرابات المصاحبة لـــها أدى ذلـــك إلـــى ظهور مرض عضوى يعبر عن وجود اضطراب نفسى وضغوط لـــم يتحملـــها الجهاز النفسى و العضوى الذى أدت إليه بعض العوامـــل الأخـــرى كالوراثـــة والصفات الجسمية للفرد .

ويعتبر الجلد من أعضاء الجسم التى يتفاعل بها الفرد مع بيئته ويتواصل معها. فيتغير لونه وفقنا للانفعالات التى تنتاب الفرد وقد يصاب بأمراض معينـــة كالإرتيكاريا، الإكزيما، البهاق، الصدفية، الثعلبة، حب الشباب .

فكل ما سبق من أمراض تؤكد وجود سبب نفسى ورئيسى للإصابة بـــها فيتأثر الفرد وبناؤه بالإضطرابات والتغيرات الجسمية وتؤدى الأمـــراض التـــى يصاب بها الإنسان أو التغيرات الجسمية الناتجة عنها إلى تغـــيرات فـــى بنائـــه النفسى.

ولما كان لمفهوم الذات دور أساسى وهام فى التأثير على صحة الفـــرد النفسية. فقد أجريت العديد من الدراسات التى تنـــاولت مفـــهوم الـــذات وتـــأثره بالإضطراب الذى يصيب الفرد.

فقد درس (فتحى عبد الرحيم١٩٦٩) تأثير فقدان البصر علـــى تكويـــن مفهوم الذات وقد أثبتت الدراسة أن الإعاقة البصرية تؤثر فى تقبل الفرد لذاتـــه وتقبله للآخرين فقد كانت مجموعتا فقد البصر التام وفقد البصر الجزئـــى أكـــثر تقبلا للذات من مجموعة المبصرين فى حين أن مجموعة ضعاف البصـــر أقـــل تقبلا للذات من المجموعات الأخرى كما تؤثر الإعاقة البصرية فى درجة تقبـــل الآخرين. فهى ترفع إحساس المعوقين بصريا بالأختلاف بينهم وبيـــن الآخريـــن (العاديين) كما أنها تؤدى إلى انخفاض درجة استبصارهم للذات.

(فتحى عبد الرحيم ١٩٦٩)

دراسة (منال أحمد شحاته الدماطى١٩٨٣) عـــن أثـر الحرمـــان مــن الإنجاب على مفهوم الذات لدى العاقر بهدف الوصول إلى رؤية متعمقة للـــذات العقيم وقد استخدمت فى هذه الدراسة الإعاقة العضوية للإنجاب وقـــد أظـــهرت النتائج أن الذات العقيم تتسم بالعجز والقصور كما أنها تعانى مشـــاعر التشـــويه والتدمير وتتسم بثنائية المشاعر وتمارس العدوان علـــى الآخـــر. فـــهى تعـــانى مشاعر الدونية والرفض ذات إعتماديه وسلبية.

(منال أحمد شحاته الدماطى١٩٨٣)

كما درست (فيوليت فـــؤاد إبراهيـــم ١٩٨٦) أثـــر الإعاقـــة البصريـــة والجسمية وعلاقاتها بمفهوم الذات والتوافق الشخصى الاجتماعى لدى عينه مـــن تلاميذ وتلميذات النور والأمل من الصفوف الرابع والخامس والســـادس وكذلـــك مجموعة من المعوقين جسميا وكانت معظمها حالات شلل الأطفال.وقد اســـفرت النتائج عن عدم وجود علاقة بين مفهوم الـــذات وتغـــيرات التكيـــف الشـــخص والاجتماعى لمجموعة المعوقين بصريا.

ووجدت عدد من المتغيرات التى ترتبط بمفهوم الذات لـــدى المعوقيـــن جسميا إذ ارتبطت درجات أفراد العينة بالمتغيرات التى تقيـــس شـــعور الطفـــل بحريته وشعوره بالإنتماء والخلو من الأمراض العصابية والمهارات الإجتماعيـــة، العلاقات فى الأسرة، العلاقات فى البيئة المحلية والتكيف الشخص والاجتماعى.

وقد وجدت فروق دالة بين متوسطات الدرجات التـــــى حصـــل عليـــها المعوقون بصريا ومتوسطات الدرجات التى حصل عليها المعوقون جسميا فـــــى مفهوم الذات وقد جاءت هذه الفروق فى أتجاه مجموعة المعوقون جسميا.

(فيوليت فؤاد إبراهيم ١٩٨٦)

وهكذا فإن مفهوم الذات يتأثر بالتغيرات العضوية والنفسية التى تواجـــه الفرد سواء كان التغير ظاهراً "كالأعاقة" أم غير ظـــاهره كذلـــك فـــهو يتـــأثر بالتغيرات الجسمية وخاصة تلك التى تسبب تشوهات بدنية ظاهرة.

وتؤكد دراسة (جبر محمد جبر ١٩٨٩) عن الاضطرابـــات الإنفعاليـــة المصاحبة لبعض التشوهات البدنية الظاهرة والتى قام فيها بدراسة الاضطرابـات الإنفعالية التى تصحب تلك التشوهات البدنية ومنها التغير فى مفهوم ذات الفـــرد حيث أنه يكون مفهوماً سلبيا.

(جبر محمد جبر ١٩٨٩)

- **تحديد المشكلة**

يتأثر مفهوم الذات بالاضطرابات الجسمية والنفسية التــي تمــر بــالفرد والأمراض الجلدية محل الدراسة التى يكون لها جانب ظاهرى للإصابه يــؤدى إلى تشوه الشكل الخارجى للفرد فالاضطراب الجلدى الذى ينتج عنه تغيرات فــى الشكل العام للمريض يلعب دور المثير الذاتى للاضطراب النفسى للمصاب كذلك يصاحب هذه الأمراض استجابات البيئة الإجتماعية المحيطة والتى تعتبر مثــيراً خارجيا لما تحمله من إحباطات قد تكون سببا فى إصابة الفرد بالمرض النفســى بالإضافة الى تدخل العامل النفسى لإظهار المرض الجلدى وتفاقمه .

وللمشكلة جوانب عديدة يمكننا سردها فى عدد من المحاور:-

<u>المحور الأول :</u> وهو الجانب البدنى للمرض فهذه الأمراض محل الدراسة تؤثــر تأثيرا سلبيا على باقى أجزاء الجسم وبخاصة بعض الأنواع مــن مرضى (الإكزيما والصدفية) فالصدفية التى تصيــب المفــاصل تسبب ألما فى العظام وخاصة عظام المفاصل وذلك عندما تكــون المفاصل هى مكان الإصابة حيث يسبب هذا الألم الإعاقــة عــن الحركة السهلة.

مما يؤدى الى آثار نفسية سيئة للمريض كما أن محاولات العلاج الطبــى لهذه الأمراض غير مجدية فتختفى أعراض المرض نتيجة لــه ، ثــم مــا أن يحدث اضطرابا نفسيا حتى يتفجر المرض مرة أخرى.

كما ينتج عن استخدام بعض المرضى للكورتيزون فى علاج وشفاء هــذه الأمراض يؤثر على أعضاء أخرى والوظائف الحيوية للجسم.

<u>المحور الثانى:</u> وهو الجانب الاجتماعي فالإنسان لا يستطيع أن يعيــش بمعــزل عن الآخرين ولذا فهو يؤثر ويتأثر بالبيئة الاجتماعية من حولــه، فإما أن يتقبلها أو يتجنبها كما أن ذلك يؤدى إلى تأثير مفــهوم ذات الشخص فالشخص المريض بالأمراض الجلدية قد تسبب له هــذه الأمراض شكلا مشوها كالمريض بالصدفية والإكزيما فإمــا أن

يتقبله المجتمع فيتعامل معه برفق و إما أن يخاف منــه الآخريــن فيبتعدون عنه لعدة أسباب من هذه الأسباب الرئيسية خوفهم مــن العدوى، نتيجة لتشوه الشكل العام للشخص فإنه يثير ردود فعــل تحتلف من فرد لآخر ، فمنهم من يستجيب بالشفقة أو الاشــمئزاز أو الخوف وتختلف درجة الاستجابة وفقا لدرجة وشدة المــرض، وظهوره ومناطق الإصابة به ، كذلك تختلف اتجاهــات وأفكــار المجتمع نحو هؤلاء الأفراد فمنهم من يعتبرها عاهات ومنهم مــن يعتبرها عبئا وثقلا على المجتمع وهكذا.

المحور الثالث : الجانب الاقتصادى فنظراً لازمان هذه الأمراض (الإرتيكاريــا- إكزيما -صدفية) ولذا فإنها تأخذ فــترة طويلــة حتــى تتمــاثل للتحسن أو الشفاء وبالتالى فهى تحتاج إلى نفقات باهظه للعــــلاج وهذه تزيد من كون المرضى عبئا على أسرهم بخاصة والمجتمع بعامة ، كذلك فإن هذه الأمــراض وإزمانــها لــو كــانت هــذه الأمراض فى مناطق كاليدين أو (القدمين) فإنها تسبب ألما شــديدا للمريض يعيقه عن العمل الذى يدر له دخلا. وخوف أصحـــاب الأعمال من العدوى من هؤلاء المرضى إذا تواجدوا فى الأمــلكن الخاصة بالعمل.

المحور الرابع : الجانب النفسى ويظهر حينما ينظر المريض إلى جسمه ويجـــد به عيوبا ظاهرة مما يجعل هذه العيوب والتشوهات الناتجة عــن المرض تستحوذ على أفكاره ومشاعره وإدراكه فيصبح شـــغله الشاغل كيف يشفى من المرض و عندما يجد التحســن بســيطا وبطيئا فإن ذلك يؤثر على صورة جسمه، ووعيه وإدراكه بأنـــه لن يستطيع القيام بدوره كما كان من قبل.

إضافة إلى ما سبق نجد أن نظرة المجتمع لهؤلاء المرضى قـــد تظـــهر بعض المشكلات النفسية التى قد تؤثر على حياة المريض وتدفعه لأنماط سـلوكية غير متسقة وتؤثر على شخصيته.

ويؤكد (مختار حمزه ١٩٥٦) على أنـــه "ربمـــا ينتـــاب ذو العاهـــات الجسمية شعور بأنهم أعضاء ناقصون فى مجتمعهم وبأن معظم أفراد المجتمـــع ينظرون إليهم نظرة عدائية."

(مختار حمزة ١٩٥٦ ـ١٨٩)

ويفيد (حامد زهران ١٩٧٧) أن العيوب الجسمية تؤدى إلى عدم التوافـق النفسى.

(حامد زهران ١٩٧٧ -٣٧١)

فنظرة المجتمع قد تحد من اندماج المريض مع المحيطين بل قد يصـــل الأمر إلى تجنب المحيطين بالمريض للتعامل معـــه عـن قـرب مثـل تجنـب مصافحته، أو مشاركته طعامه أو شرابه، أو عدم قدرته على ممارســـة بعـض العادات التى تعود عليها كممارسة الرياضة أو خروجه للمتنزهات وغيرها. وقـد يكمن السبب فى تشوه المريض -سواء كان مكان التشوه ظاهراً أم غير ظـاهر- مما يعرضه للعزلة والشعور بالوحدة وتحاشـــى العلاقـات الاجتماعيـة تجنبـا للحرج.

وتؤثر الأسباب السابقة تأثيراً سلبيا على المريض وقد يؤدى ذلك إلـــى تغيرات نفسية دائمة وبخاصة لدى الأفراد فى سن الرشد.

ويمثل مفهوم الذات أو فكرة الفرد عن نفسه مجالا خصبا للدراسة فـــى مجال علم النفس إذ يمثل مفهوم الذات بعدا هاما من أبعاد الشخصية الذى يتـــأثر بسماتها ويؤثر فيها كما يؤثر فى تنظيم الإدراك وتحديد السلوك ، وكذلك لـه دور أساسى وأثر هام على الصحة النفسية للفرد مما يجعـل منـه محـوراً أساسـيا للتوجيه والإرشاد.

ولذا تتحدد مشكلة الدراسة فى الإجابة على التساؤلات الآتية :

١-هل يختلف مفهوم الذات لدى مرضى الجلد السيكوسوماتيين عن غيرهم من غير المرضى (العينة الضابطة) كما يقاس بمقياس تنسى لمفهوم الذات وكما يظهر من دراسة تاريخ الحالة.

٢-هل يختلف مفهوم الذات لدى مرضى الجلد السيكوسوماتيين باختلاف نوع المرض الجلدى كما يقاس بمقياس تنسى لمفهوم الذات وكما يظهر من دراسة تاريخ الحالة.

• أهمية الدراسة

تمتد أهمية الدراسة وتتبلور فى خمسة محاور أساسية:-

<u>المحور الأول :</u> يتعلق بموضوع الدراسة فالأمراض السيكوسوماتية تحدث نتيجة تراكم الانفعال على المستوى الجسدى دون أن يصعد إلى الوعى وتتبلور فى مفاهيم وألفاظ.

وقد أثبتت الدراسات تزايد نسبة هذه الأمراض والاضطرابات وخاصة مع زيادة التقدم التكنولوجى والتغيرات الحياتية المترتبة عليه.

(محمود أبو النيل ١٩٨٤)

<u>المحور الثانى :</u> كون هذه الدراسة تربط بين مفهوم الذات و المرض السيكوسوماتى فلم يكن هناك دراسة مخصصة على حد علم الباحثة- قامت بدراسة مفهوم الذات لهذه الفئة وبخاصة الاضطرابات الجلدية وعلى مستوى الدراسات الأجنبية لم يخط هذان المفهومان بالدراسة فى بحث واحد سوى دراستين ـ على حد علم الباحثة ـ دراسة (Pogre & Patricia Scotte) عن صورة الذات وعلاقتها بالشخصية لدى مرضى البوليميا وفقدان الشهية العصبيى.

والدراسة التى قام بها Wallace c.panides & Ropert c. (Ziller 1981). عن إدراكات الذات لدى مرضى الربو ومرضى الربو مع سلس البول.

<u>المحور الثالث :</u> تتعلق بنوعية الدراسات فى مجال السيكوسوماتيك والتى ركزت على العديد من أجهزة الجسم دون التركيز على جهاز معين.

فلم تكن هناك دراسة واحدة فى هذا المجال تقوم بدراسة الأمراض الجلدية وتأثيرها على مفهوم الذات لدي المرضى.

(محمود السيد أبو النيل ١٩٧٤ – لطفى فطيم ١٩٧٩ – جبالى نور الدين ١٩٨٩ – أمال كمال ١٩٩٢ – آمال عبد الحليم ١٩٩٩) (كمال عبد المحسن البنا ١٩٨٧ – غادة سليمان العتيبى ١٩٨٨ – منى حسين أبو طيرة ١٩٨٩ حسن عبد المعطى ١٩٨٩ مجدى زينة ٢٠٠٠)

المحور الرابع : يتعلق هذا المحور بالشريحة الإنسانية التى أجريت علية الدراسة – مرحلة الرشد– وهى المرحلة التى يكتمل فيها نضج الإنسان ويصبح جاهزا لشغل مكانه فى المجتمع وتتميز به الشريحة العمرية بالاستقرار فهى مرحلة الإنجاب والاستقرار والحل المستقل للمشكلات وهو طور القرارات الهامة كما أن تتميز باستقرار هوية الأنا أوالذات.

ومن أهم المعالم الرئيسية لمرحلة الرشد والتى تمتد من ٢١-٦٠ عام :-

١- يصل إنتاج الفرد فى هذه المرحلة إلى ذروته ويصل الفرد إلى تمام نضجة وتعد هذه المرحلة بحق مرحلة الكفاح والتنافس وإرساء قواعد الحياة على أسس ثابتة مكيفة.

٢- يؤثر مدى نجاح الفرد أو فشلة فى تحقيق مطالب نموه على مدى نجاحه فشله فى حياته المقبلة وخاصة فى مرحلة وسط العمر.

٣- عندما يتخلف النضج بالفرد فى أى ناحية من نواحيه الجسمية أو العقلية المعرفية أو الانفعالية العاطفية أو الاجتماعية فإن الفرد يجد صعوبة فى تكيفه لمطالب بيئته ولهذا يصبح الفرد حساسا عدوانيا ثائرا ومندفعا فى أغلب مظاهر سلوكه.

٣- قرب نهاية هذا المرحلة تبدأ ظهور عوامل الانحدار والضعف التى تلازم الفرد فى شيخوخته ويبدأ الفرد بضعف قواه البدنية فيميل إلى تعوينص هذا النقص عن طريق نشاطه العقلى المعرفى وعن طريق ابتكار حلول جديدة للمشكلات القديمة التى لا يقوى على مواجهتها بقوته البدنية كما كان يفعل من قبل. *(فؤاد البهى السيد ١٩٧٤ ـ ٣٦٢)*

كما أن معظم الدراسات التى قامت بدراسة مفهوم الذات كانت تجرى على الأطفال والمراهقين على سبيل المثال لا الحصر.

(إبراهيم أحمد أبو زيد ١٩٧٦ - إبراهيم زكى قشقوش ١٩٧٥ - إحسان محمد الدمرداش ١٩٧٦ - خلف أحمد مبارك ١٩٨١ - تهانى محمد عثمان ١٩٨٣ - حزم عبد الواحد وافى ١٩٨٩ - حسن عبد الجواد عطية ١٩٩٩ - ابتسام حسين عبد الرازق ٢٠٠٠)

المحور الخامس : يتعلق بدراسة مفهوم الذات كمدخل لدراسة البناء النفسى لهؤلاء المرضى ومعرفة العوامل النفسية التى تكتنف هؤلاء المرضى.

لكى تستفيد منها الجهات التى تشارك فى علاج هذه الفئة المرضية من معرفة مفهوم الذات فى توجيه السلوك والتوجيه والإرشاد النفسى وجعلهم يندمجون داخل المجتمع.

أهداف الدراسة :

يهدف البحث الحالى إلى دراسة أثر الإصابة بالأرتيكاريا والإكزيما والصدفية- كأمراض جلدية سيكوسوماتية - تتأثر بالتغيرات النفسية للمريض على مفهوم ذات الشخص المصاب من حيث تفاقم المرض وانتشاره أو شفاؤه. كذلك تؤثر هذه الأمراض على تفاعل الفرد مع الآخرين وعلى مفهوم الذات لدى المريض المصاب بهذه الأمراض - وذلك لما تسببه هذه الأمراض من تشوهات للشكل العام للمريض - سواء كان المكان المصاب ظاهراً أم غير ظاهر تؤثر على توافقه وتؤثر على مفهومه عن ذاته.

الفصل الثانى
الإطار النظرى

- نبذه مختصره عن العلاقة بين النفس والجسم
- تعريف الأمراض السيكوسوماتية.
- تاريخ تطور البحث فى مجال السيكوسوماتيك.
- النظريات المفسرة للاضطرابات السكوسوماتية فى علاقتها بالضغوط.
- الاضطرابات السيكوسوماتية والضغوط.
- الإضطرابات السيكوسوماتية والأنفعال.
- الأمراض السيكوسوماتية والعلاقة بالموضوع
- فشل وظائف الأنا فى الاضطرابات السيكوسوماتية
- تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية.
- الميكانيزمات فى الإضطرابات السيكوسوماتية.
- الأمراض السيكوسوماتية والهستيريا التحولية.

العلاقة بين النفس والجسم

نبذه مختصره عن العلاقة بين النفس والجسم

إن العلاقة بين النفس والجسم قديمة قدم تاريخ الفكر الإنسانى إذا يرجع أثر العوامل النفسية فى الجسم بالذات إلى زمن بعيد.

كما ذهب أرسطو (٣٢٢- ٣٨٤ ق.م) إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والرجاء والفرح والبغض والمجد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها ولكنها تصدر عن المركب من النفس والجسم ويستطرد قائلا بأنه فى نفس الوقت الذى يحدث فيها إنفعال يحدث تغير فى الجسم.

(محمود أبو النيل١٩٨٤-١١ : ١٢)

ونلمس هذه المشكلة فى آراء الفلاسفة والعلماء فقد اختلفوا فى حسمها فبالإشارة إلى هيبوقراط نجد أنه قد أدرك هذه العلاقة - العلاقة بين النفس والجسم - وأشار إلى أن الاضطرابات السيكوسوماتية تعد رد فعل شاذ للإنفعالات وأحداث ومواقف الشدة والخوف والغضب يمكن أن يحدث اضطرابات فى الوظيفة الجسدية.

(Benjamin. B.Wolman 1988-9)

وأشار افلاطون Plato (٣٤٧-٤٢٨ ق.م) فى كتابة (Charmides) إلى أنه لايمكن أن تعالج العين بدون الرأس ولا الرأس بدون الجسد كذلك فإننا لايمكنا أن نعالج الجسم بدون الروح (Soul) ولهذا السبب تختفى بعض الأمراض.

كما أكد جالين *(A.Galen 129 - 199)* بعد الميلاد على أن العمليات العقلية إنما هى نتيجة للتفاعل بين المادة اللحائية والتحت لحائية فالخوف والغضب والحزن والإنفعالات الأخرى تعد اضطرابات الروح وقد كانت هذه النظرية نتيجة للأبحاث التشريحية.

والغضب والحزن والإنفعالات الأخرى تعد اضطرابات الروح وقد كانت هذه النظرية نتيجة للأبحاث التشريحية.

وقد أيد رينيه ديكارت فكرة الاثنينة أو الازدواجية وقد سمى العقل بالوحدة المفكرة thinking entity والجسم الوحدة اللاتفكيريه.

كما أيد راش (*Benjamin Rush 1813 - 1745*) وحدة الجسم والعقل فهو يرى أن الأفعال العقلية تؤثر على وظائف الجسم ويمكن أن يكون سببا لبعض الأمراض وعليه لايمكن الفصل بين العقل والجسم. كما يرى (F.j.Gall) أن العمليات المعرفية هي نتاج التفاعل بين نصفى المخ وقد اقترح أن المراكز التحت لحائية هى المسئولة عن تثبيت وظائف الحياة أو تأييد وظائف الحياة فهو يعتقد أن الفص الأمامى للمخ هو المسئول عن الذكاء.

(Benjamin. B. wolman, 1988-9)

ويرى ألكيسس كاريل أن لكل حالة عضوية تعبيراً عضويا يتصل بها فالعواطف هى التى تقرر تمدد أو تقلص الأوردة الصغيرة عن طريق الأعصاب المحركة ونتيجة لذلك فإن الفرح يجعل الوجه يتوهج بينما يكسبه الغضب والخوف لونا أبيضا.

وقد تحدث الأنباء السيئة تقلصا فى الأوردة الجوفاء أو أنيميا القلب أو الموت المفاجئ فى بعض الأشخاص. وقد تؤدى العاطفة إلى إثارة نشاط عمليات ميكانيكية معقدة. فمثلا إذا أثار الإنسان عاطفة الخوف فإنه الغدد الإدرينالية تفرز الإدرينالين فيزيد من ضغط الدم وسرعة دورته ويهيئ الجسم إلى الهجوم أو الدفاع.

وهناك ملاحظة هامة أنه عندما تكون عواطف الحسد والكراهية والخوف مألوفه فإن هذه العواطف او المشاعر تصبح قادرة على إحداث تغيرات عضوية وأمراض حقيقية. ونجد أنه فى استطاعة التفكير أن يولد أمراضا عضوية بصفة عامه ومن ثم فإن استقرار الحياة العصرية وما يصاحبها من

انفعال دائم. وانعدام الشعور بالأمن يخلق حالات من الشعور تجلب الاضطرابات العصبية والعضوية.

(ألكيسس كاريل ١٩٨٠ - ١٦٨)

والحديث عن العلاقة بين النفس والجسم موضوعا يميل إلى الإستطراد ولذلك فقد رأت الباحثة تقديم نبذة مختصرة عن دور الأفكار القديمة والحديثة فى توضيح العلاقة بين النفس والجسم.

ونجد ان قضية العلاقة بين النفس والجسم علاقة جدلية وقد سارت فى إتجاهين. الاتجاه الأول والذى يرى أن العقل والجسم شيئان منفصلان ويؤمن بمبدأ الإزدواجية أو الثنائية أمثال ديكارت.

الاتجاه الثانى والذى يؤكد على أن العقل والجسم شيئا واحد واعتبرهما وجهان لعملة واحدة هى الإنسان وأكد على مبدأ الوحدة الكلية للكائن الحى البشرى. (wholism) ومنهم بنيامين راش.

كما أنهم قد اختلفوا فى تأثير كل منها على الآخر فمنهم من يرى أن النفس هى التى تؤثر فى الجسم ومنهم من يرى أن الجسم هو الذى يؤثر بالنفس.

وفى الحقيقة إن النفس والجسم فى علاقة تكميلية كل مع الآخر فكل منهما يؤثر فى الآخر ويتأثر به فالتوترات الإنفعالية تؤثر فى الجسم (كما سبق وأشار ألكسيس كاريل) فالغضب يجعل المعدة مستثارة ويكون ذلك بداية لظهور أمراض بها كالقرحة المعدية عند استمرار الانفعال.

(Daniel Goleman, ph. 1993 -16)

وتعتبر الإضطرابات السيكوسوماتية هى أفضل مثال وتعبير عن العلاقة بين النفس والجسم فحينما تتحدث النفس يستمع لها الجسم ويستجيب .

وقد وجد اختلاف كبير بين العلماء والباحثين المشتغلين بالطب النفسى وعلم النفس فى الاتجاهات الخاصة بمجال السيكوسوماتيك.

حيث تشير كلمة سيكوسوماتيك إلى عدة إتجاهات.

١-نظرية فى العلاقة بين النفس والجسم.
٢-نظرية فى الأمراض.
٣-تكنيك علاجى يتضمن كل من الأسلوبين النفسى والطبى معاً.
٤-بحث فى أسباب الأمراض.

وقد عرف جرينكير روبنز ***(Girinker & Robbins 1953)*** السيكوسوماتيك بأنه مفهوم يتجه إلى دراسة العلاقة بين النفس والجسم وليس بالضرورة نظرية جسمية أو نفسية أو اتجاه جديد فى علاج الأمراض.

كما وجه وينر ***(Weiner, 1980)*** النظر إلى الخبرات الاجتماعية أو الصراعات النفسية وقمع الانفعالات يمكن أن يترجم إلى فسيولوجية جسمية تؤدى إلى الأمراض.

وقد ميز ليبوفيسكى ***(Lipowski, 1985)*** بين السيكوسوماتيك كعلم يهتم بدراسة العلاقة بين الظواهر النفسية والبيولوجية فى الإنسان والسيكوسوماتيك كاتجاه فى ممارسة الطب والعلاج وأكد على أنه لا يعنى نظرية فى العلاج فقط.

كذلك أكد على ضرورة الطب النفسى كفرع من فروع الطب يركز على التشخيص والعلاج وكشف الجوانب الطبنفسية للأمراض الجسمية.

(Wolman, 1988-3)

وسوف نركز فى هذه الدراسة على الأمراض النفسية السيكوسوماتية أو الأضطرابات السيكوفسيولوجية التى تعددت مسمياتها فهى الأمراض النفسية أو عصاب العضو كما اطلق على أوتوفينخل أو كما أطلق عليه ألكسيس كاريل أمراض الإنحلال ولكن يجب التنويه إلى أن المصطلح الأكثر شيوعا فى الإستخدام هو الاضطرابات السيكوسوماتية أو السيكوفسيولوجية وتفضل الباحثة استخدم مصطلح سيكوسوماتى لأنه يشير إلى اتحاد النفس والجسم بكل ما فيها من وظائف نفسية وبيولوجية. كما أن الأشارة إلى مصطلح (physic) فى (Psychophysiologic) يكثر استخدامه فى العلوم الطبيعية أكثر من العلوم الإنسانية.

تعريف الأمراض السيكوسوماتية:-

وقد عرف الكثير من الباحثين والعلماء الأمراض السيكوسوماتية فيعرفها أحمد عزت راجح ١٩٦٧ بأنها " أمراض جسميه ترجع فى المقام الأول إلى عوامل نفسية تسببها مواقف انفعالية تثيرها ظروف اجتماعية. ويرى أنها أمراض جسميه مزمنه تستعصى على العلاج الجسمى وحده."

(أحمد عزت راجح ١٩٦٧-١٦٩)

ويرى كل من عبد الظاهر الطيب وعبد المنصف غازى ١٩٨٤ أن الأمراض السيكوسوماتية هى "إضطرابات فى الوظيفة وتلف واضح فى العضو نفسه وتختلف فى هذا عن الأعراض العقلية.

١- تلعب الاضطرابات الانفعالية دوراً أساسيا فيها سواء فى بدايتها أو بعد تفاقمها مما يميزها عن الأمراض العضوية الخالصة.

٢- أنها اضطرابات مزمنه ذات مراحل.

٣- أنها تميل إلى الارتباط بغيرها من الاضطرابات السيكوسوماتية وتحدث فى العائلة الواحدة أو لدى الفرد الواحد فى مراحل مختلفة من حياته.

٤- إنها تختلف إختلافا واضحا بالنسبة للجنسين فحالات روماتيزم المفاصل أكثر شيوعا لدى النساء بالمقارنه بالرجال وحالات الربو بين الأولاد ضعفها عند البنات.

(عبد المنصف غازى وعبد الطاهر الطيب ١٩٨٤-٣)

ويرى جون و نيما Jagn & hemiah 1988 أن مصطلح المرض السيكوسوماتى بأنه يشمل كل الأمراض التى تصيب الإنسان وذلك لتداخل وظائف العقل والجسم معا كتداخل خيوط النسيج ويرى أن الاضطرابات الإنفعالية عامة مصحوبة بأعراض جسمية كما أن الأمراض الجسمية غالبا ما تؤدى إلى استجابات انفعالية مرضية.

(Jessiea Kupe 1988- 370 : 371)

ويعرفها وولمان *(Wolman 1988)* أنها أمراض جسمية أو اضطرابات فسيوكيميائية تشريحية فى حياة الكائن الحى وهو يرى أن مصطلح سيكوسوماتية هو مصطلح غامض نسبيا وذلك للتأكيد على وجود عوامل نفسية فى مسببات بعض الاضطرابات الجسمية وعلاج بعض المرضى بغض النظر عن طبيعة مرضهم.

(Bejamin. B. wolman 1988 - 3)

ويعرفها حسن عبد المعطى ١٩٨٩ بأنها "مجموعة من الاضطرابات التى بالأعراض الجسمية التى تحدثها عوامل انفعالية وتتضمن جهازا عضويا واحدا يكون تحت تحكم الجهاز المستقل وبذلك تكون التغيرات الفسيولوجية المتضمنة هى تلك التى تكون فى العادة مصحوبة بمجالات انفعالية معينة وتكون هذه التغيرات أكثر إصرارا وحدة ولطول بقائها يمكن أن يكون الفرد غير واع شعوريا بهذه الحاله الانفعالية".

(حسن عبد المعطى ١٩٨٩ - ٢٩)

ويعرفها (أحمد عكاشة ١٩٨٩) بأنها " اضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الانفعالي دوراً هاما قويا أساسيا وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبي اللاإداري".

كما أنه يعتبر المرض السيكوسوماتي مرادفاً للذهان من الناحية الخبراتية في المدارس الإنسانية إذا أن التعبير العادى بين الأفراد هو تعبير لفظي بحت أما التعبير المرضي والذى يشمل المرحلة القبل لفظية فهو التعبير الخارجي الحركي والحسي أى الأعراض العصابية التحويلية الهيسترية أما أكثرهم بدائية ونكوصا من الناحية القبل لفظية فى وسيلة التعبير هو فى نضوجه فى المراحل المبكرة مما جعله يعتمد على الغذاء السلبي ليس فقط بل لا يبخلون في جعل أقاربهم يعانون من جراء مرضهم.

(أحمد عكاشة ١٩٨٩-٣٥٥ : ٣٥٦)

كذلك نجد فى دليل تشخيص الأمراض العقلية (D.S.M III R) أنها قد أدرجت تحت مسمى آخر وهو العوامل النفسية المؤثرة على الحالة الجسمية ويشير فيها إلى دور العوامل النفسية التى تؤثر على الحالة الجسمية والتى تتطلب العلاقة بين المؤثرات البيئية والمعنى الخاص بهم وبدء استثارة الجسم.

(DSM III R 1989 –333)

وقد عرفت فى دائرة معارف صحة الأسرة العقلية (The Family mental health encyclopedia 1989) على أنها "الأمراض الجسدية التى يمكن أن يكون سببها أو تثيرها العوامل الإنفعالية والنفسية ويمكننا القول أنها أحد الاضطرابات على المستوى العقلي تسبب اضطرابات على المستوى الجسدى والبيولوجى وهناك تأكيد على دور الحالات الانفعالية كالخوف والقلق والغضب والإكتئاب ويمكن أن يكون لها تأثيرات عكسية على الصحة الجسمية والتى ربما يتداخل تأثيرها الفعال للجهاز المناعى.

كما أشار فرانك بورنو ***(Frank Bruno, 1989)*** إلى دور الضغوط فى حدوث الإضطرابات السيكوسوماتية وأن شخصية الفرد هى مصدر هام من

مصادر الضغوط وبخاصة مايشار إليهم بالنمط (أ) والذى يتميز بالعدوانية فكثير ما يولد هؤلاء الأشخاص ضغوط خاصة لهم.

(Franc. J. Bruno et al., 1989 - 328 : 329)

وقد عرفت فى ذخيرة علوم النفس ١٩٩٠ بأنها اضطراب يسببه لتئام عوامل عضوية ونفسية وفى الاضطرابات السيكوسوماتية ربما توجد تغيرات أنسجة كما فى قرحة المعدة Peptic Ulcer .

ويرى كمال الدسوقى أن بعض الاضطرابات النفسية مثل الاستجابات التحسسية الجلدية Allergic إنما يطلقها بوضوح غزو بروتينات غربية لداخل الجسم ومع هذا فإن الحالة النفسية للضحية تقوم بقدر كبير من التفرقة فيما يتصل بكيفية استجابته لهذه المواد وفى حال أخرى مثل صداع الشقيقة أو ألم نصف الرأس وربما يوجد استعداد وراثى مسبق غير أن طرز الشخصية النموذجى أو النمطى العقلانى المتطلب غير سلس الإنقياد فى العقدين الثالث والرابع من عمره يتصل أيضاً بوضوح شيوع قسوة النوبات ولابد من تمييز الاضطرابات السيكوسوماتية من الاضطرابات التحولية كإحدى صور الهيستريا.

(كمال الدسوقى ١٩٩٠ - ١١٩٦)

أما جبالى نور الدين ١٩٩٤ فقد عرفها تعريف إجرائيا بأنها مجموعة من الأعراض الفيزيقية التى تسبب ضيقا للمصاب سواء كانت عضوية أو وظيفة تصيب عضوا أوجهازاً من أعضاء وأجهزة الجسم والتى تقع تحت سيطرة الجهاز العصبى الذاتى وتكون نتيجة تضفر العوامل الآتية :-

١-استعداد بدنى جبلى كان أو مكتسب للإصابه.

٢-عوامل نفسية وانفعالية مرسبة كالإحباط والضيق والقلق.

٣-بنية نفسية خاصة للشخص المصاب وباختلاف هذه البنية تختلف الإصابات.

(جبالى نور الدين ١٩٩٤-٢٣: ٢٤)

أما عبد المنعم الحفنى ١٩٩٥ فقد أدرجها فى موسوعة الطب النفسى وأشار إلى دور المواقف الضاغطة فى نشأتها فقال عنها.

" قد يتعرض الشخص لمواقف ضاغطة من شانها أن تجعله يعيش فى توتر واضطراب نفسى لمدة طويلة والمعروف أن الانفعال يستتبعه دائما تغيرات فى ضغط الدم والتنفس وتلحق المرء بسببه اضطرابات هضمية ويصفر وجهه أو يحمر جلدة فإذا استمرت هذه التوترات فقد تصبح التغيرات الجسمية أو الفسيولوجية السابقة مزمنه وتؤدى إلى أعراض عضوية معينه هى التى يطلق عليها اسم الأضطرابات النفسية الفسيولوجية أو الأضطرابات النفسية البيئية وأحيانا يطلق عليها الاضطرابات النفسية الفسيولوجية المستقلة الحشوية.

Psychophysiologicol Outonomic and Viscerol Disorderes

وأنيا إضطرابات مصدرها الجهاز العصبى المستقل وهو الذى يتحكم فى التغيرات الهيكلية والحشويه التى تستحدثها إنفعالات ، الخوف والغضب مثلا وتتميز هذه الاضطرابات بانها نفسية فسيولوجية لأنها ذات طبيعة فسيولوجية وتستحثها عوامل نفسية ومن ذلك التهاب الجلد العصبى والإكزيما التحسيسة وحب الشباب والحكاك والتهاب المفاصل وصداع التوتر ووجع الظهر وعقال العضلات والروماتيزم النفسي المنشأ وهى استجابة عضلية هيكلية وتعتبر أيضا إضطرابات نفسية بدنية والبرد العام والربو متلازمه فرط التهوية والتدرن وحمى الدريس والإلتهاب الشعبى المعاود والتهاب الجيوب الأنفية وكلها استجابات تنفسية من الاضطرابات السيكوفسيولوجية.

(عبد المنعم الحفنى ١٩٩٥-٤٨١ :١٨٣)

وعرفها روبرت جاتل ***(Robertj & Gatchel 1993)*** بأنها تتميز بأعراض جسمية بسبب اختلال وظيفى فى مختلف أعضاء وأجهزة الجسم تصحبها وترتبط بها عوامل نفسية اجتماعية .

(Roberlj & Gatchel 1993-1)

كما يعرفها مجدى زينه ٢٠٠٠ بأنها "مجموعة من الاضطرابات أو الأعراض الجسمية التى تعكسها أدوات الدراسة والتى يدخل ضمنها اضطرابات أو خلل لأحد أعضاء الجسم فى وظيفته ويمكن لطبيب كشفه وترتبط ارتباطا وثيقا بمتغيرات وعوامل نفسيه من أبرزها الاضطرابات الانفعالية والوجدانية والضغوط البيئية والاجتماعية والمشكلات النفسية وأحداث الحياة المستمرة وما تسببه من توتر وقلق دائم – والعلاج النفسى هام فى شفاؤها إضافة إلى العلاج الطبى وتظهر هذه الاضطرابات فى أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الهضمى والقلب والأوعية الدموية والتنفس والجلد والهيكلى والبولى والتناسلى وجهاز الغدد الصماء.

(مجدى محمد زينه ٢٠٠٠ -٤٣)

يتضح من التعريفات السابقة اتفاق العديد من الباحثين على ما يأتى :

- تلعب الإضطرابات الإنفعالية دورا أساسيا فى بداية الإضطرابات السيكوسوماتية أو تفاقمها.
- الإضطرابات السيكوسوماتية مزمنة تصيب الفرد لسنوات طويلة.
- تتدخل الظروف الإجتماعية والاقتصادية فى حدوثها.
- الإضطرابات السيكوسوماتية مصدرها الجهاز العصبى المستقل.
- قد يصاب عضوا من الأعضاء أو أكثر من عضو فى الجسم.
- لا يفلح العلاج الجسمى وحده فى شفائها.
- يحدث تغيرات وظيفية فى العضو المصاب.

ولذا فقد أخذت الباحثة بتعريف محمود أبو النيل والذى ينص على أن " الإضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتى يحدث بها تلف فى جزء من أجزاء الجسم أو خلل فى وظيفة عضو من أعضاؤه نتيجة اضطرابات انفعالية مزمنة نظرا لإضطراب حياة المريض والتى لا يفلح العلاج الجسمى الطويل وحده فى شفائها شفاءا تاما لاستمرار الإضطراب الإنفعالى وعدم علاج أسبابه إلى جانب العلاج الجسمى" .

(محمود السيد أبو النيل ١٩٨٤ -٤٧)

• تاريخ تطور البحث فى مجال السيكوسوماتيك:

اتفقت كثير من الدراسات والبحوث على دور العوامل النفسية فى نشـــأة وتطور الاضطرابات السيكوسوماتية.

وقد اتضح ذلـــك مـــن النظريـــات الحديثـــة التـــى فســـرت المـــرض السيكوسوماتى مثل نظرية الكسندر. وقد كانت بداية الطب السيكوسوماتى والتـــى اتضحت من النظرة الشاملة لذلك المجال فى بدايات ســـنة ١٩٣٠ وقـــد تـــأثرت بصورة كبيرة بمفاهيمه الأصل النفسى والنظرة الكليـــة Psychogenesis &) holism).

وقد قسم ليبوفسيكى *(Lipowski 1986)* تاريخ الطب السيكوســـوماتى إلى إتجاهين تأثرا بهذين المفهومين :

الاتجاه الأول يميـــل إلـــى التحليـــل النفســـى والـــذى أنعـــش مفـــهوم Psyehogensis (الأصل النفسى للأمراض العضوية).

الاتجاه الثانى والذى يميل إلى (تشابك مفاهيم الكلية Holısm فى تفسـير الإنسان فى حـــالات الصحـــة والمـــرض) وقـــد نـــادى بـــه أدولـــف مـــاير *(Adolf Mayer 1866 – 1950)* والـــذى أكـــد علـــى ضرورة (psychobiology) علم النفس البيولوجى لدراسة الإنسان ككل فـــى حـــالات الصحة والمرض.

كان هذا الإتجاه السائد والمسئول عن تطور مستشفيات الطـــب النفســـى العام. وكان من أهم اتباع ماير ***Mayer*** فلاندرز دنبار ***(Flanders Dunbar 1902 – 1959)*** التى قامت بتأليف كتاب يؤثر على منظور العنايـــة بـــالمريض فكان من أهم أعمالها إثارتها للأبحاث الإكلينيكية التى تربط بين نمط الشـــخصية ومختلف الأمراض الجسمية وجعلت مجال الطب السيكوســـوماتى فـــى متنـــاول مدارك جمهور الباحثين والذى أكد على وحدة العقل والجسم كما أنـــها أول مـــن قامت بإصدار مجلة فى مجال السيكوسوماتيك سنة ١٩٣٩.

وفى أواخر سنة ١٩٥٠ إجتاز حقل الطب السيكوسوماتى أزمة رئيسية وذلك بسبب تطور الاستجابة ضد تيار التحليل النفسى.

حيث نمى اتجاه آخر يرى أن التحليل النفسى اتجاه (غير علمى) وذلك لضعف المعلومات الإكلنيكية التى يتم جمعها بطرق بحثية ضعيفة. كذلك كانت السلوكية هى الطريقة أو النظرية الأكثر علمية فى ذلك الوقت.

وقد كانت أعمال وولف *(Wolff)* سنة ١٩٥٣ هامة فى مجال السيكوسوماتيك حيث كانت أبحاثه تدور حول العلاقة بين الضغوط والمرض (stress - Disease) وقد تميزت بقوة المنهج العلمى والذى قام من خلالها بوصف دقيق للعوامل النفسية والعوامل الجسدية. وقد ركز على الانفعالات الشعورية أكثر من الانفعالات اللاشعورية.

وقد حذر وولف *(Wolff)* من التعميم الزائد لنتائج المعلومات التجريبية والاكلنيكية. فقد كان اتجاه وولف إتجاهاً سيكوفيزيقياً ومنذ ذلك الوقت بدأ بعض الباحثين الكلنيكيون فى استعمال مصطلح الاضطرابات السيكوفسيولوجية أكثر من استخدامهم مصطلح (سيكوسوماتيك) وذلك لحاجتهم للفصل بينهم وبين القدامى وبعبارة أكثر تحديداً فصل أنفسهم عن التوجهات التحليلية النفسية.

وقد مثل هذا الاتجاه (الاتجاه السلوكى المعرفى) لتفسير الاضطرابات السيكوفسيولوجية.

(Robert. J Gatchel et al., 1993 - P 8 : 10)

النظريات التى فسرت الاضطرابات السيكوسوماتية.

عندما نتحدث عن أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية نجد بعض الأسئلة الهامة التى تفرض نفسها وهى :-

١-لماذا تسبب الضغوط أحيانا مرضا جسميا وليس اضطرابا نفسيا ؟

٢-لماذا تسبب الضغوط المرض لبعض الأشخاص من الذين يتعرضون لها ؟

٣-ما الذى يحدد نوع الاضطراب الذى يصيب الفرد ؟

وللإجابة على هذه الأسئلة نقول :-

أنه لا توجد نظرية وحيدة تستطيع الإجابة عن كل هذه الأسئلة مجتمعة ولكن هناك نظريات ذات توجه نفسي وبيولوجى يمكنها الإجابة عن هذه الأسئلة منفصلة.

والكثير من البحوث حاولت الربط بين الضغوط والمرض عن طريق التقارير الشخصية للمرضى والتى يمكن أن لا تمثل انعكاسا دقيقا للمرض الجسمي.

ففى حالات توهم المرض مثلا يشعر المريض بان لدية ألما فى مكان ما فى جسمه ولكن لا وجود للمرض عند الشخص. وفى حاله الاعتماد على تقريره الشخصى سوف يظهر ارتفاع فى الناحية المرضية لدى الشخص من خلال تقريره الشخصى.

كما أنه يجب الإشارة إلى أنه يمكن أن تؤدى الضغوط إلى تغيرات فى الصحة ولكنها ليست ناتجة عن تغيرات بيولوجية أو نفسية مباشرة. بل هى ناتجة عن تغيرات فى السلوك الصحى فالضغوط قد تؤدى إلى زيادة التدخين أو اضطرابات فى النوم أو زيادة شرب الكحوليات أو تغير فى تناول وجبة الطعام. وهذه السلوكيات أو التغيرات السلوكية من شأنها أن تزيد من خطر الإصابة بالمرض الحقيقى ولكن بشكل غير مباشر وذلك عن طريق التغيرات فى السلوكيات الصحية.

وتقسم النظريات التى ربطت بين الضغوط والمرض إلى نوعين من النظريات.

١-نظريات بيولوجية (فسيولوجية).
٢-نظريات نفسية.

أولا:- النظريات البيولوجية:- (Physiologicol Theories)

١-نظرية الضعف الجسمى (Somatic Weakness Theory)

وترى إن العوامل الوراثية والأمراض السابقة التى أصيب بــها الفــرد وكذلك نوع الوجبة الغذائية قد تعطل عمل عضو معين والذى يصبح ضعيفا أمـلم الضغوط. وتصبح العلاقة بين الضغوط وأى اضطراب جسمى تكمن من ضعـف العضو المصاب نتيجة لأسباب فطرية أو وراثية أو لأسباب مكتسبه كالإصابـــة السابقة ببعض الأمراض.

ويحتوى الجسم البشرى ضعفا معروفا فالجهاز التنفسى قد يــهيئ الفــرد للإصابة بالربو أو ضعف الجهاز الهضمى قد يؤدى للإصابة بالقرحة

(Davison & Neal 1994 - P. 2000)

ونظرا لعدم القدرة على تحديد مدى تأثير العـــامل الوراثـــى أو عـــامل الإصابة السابقة (المكتسبة) وغلبة تأثير أحداهما على الآخر فيصعـب الاعتمـاد على هذه النظرية فى تفسير الاضطرابات السيكوسوماتية.

٢- نظرية رد الفعل النوعى (الاستجابة الجسمية الخاصة).

Spicific Reaclion Theory

يؤيد بعض الباحثين أن هناك إختلافات من المحتمل أنها محددات وراثية وذلك فى الطرق التى يستجيب بها الأفراد نحو الضغوط. وقد اكتشف أن للنـــاس نماذج آلية خاصة للاستجابة للضغوط فنرى أن معدل دقات القلب يزيد لدى فــرد ما بينما يستجيب آخر بزيادة معدل التنفس بدون تغيرات فـــى معـــدل ضربـــات القلب.

ووفقا لهذه النظرية نجد اختلاف الأشــــخاص فـــى طـــرق إســـتجابتهم للضغوط والجهاز الذى يستجيب قد يكون على الأرجح هو مركز الاضطـــراب السيكوسوماتي.

مثال ذلك نجد أن شخصا يستجيب للضغوط بزيادة إفـــرازات حــامض المعدة وقد يكون أكثر حساسية للإصابة بقرحة المعدة وآخر يستجيب للضغـــوط بزيادة ضغط الدم ويكون هذا الشخص أكثر عرضــــه للإصابـــة بضغــط الـــدم الجوهري. (Essentiol Hypertention)

(Davison & Neal 1994-200)

<u>٣-نظرية التقييم والتوازن الذاتي (التلقائي)</u>

Evalution Theory and Autonomic Balance.

أن الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث فى الأجهزة التى يتحكــــم فيـــها الجهاز العصبى اللاإرادى والذى يمكن أن نقسمه إلـــى جزئيـــن :- الســـيمبثاوى والذى يعمل فى حالات الطوارئ والأخطار والباراسيمبثاوى الذى يعمـــل أثنــاء الحالات التى يكابد فيها الإنسان خطرا ذا طارئ .

ويعمل هذان الجهازان فى تناغم وتناسق وأحيانا يعمل كلا منـــهما فـــى مقابل الآخر وذلك ليديرا الوظائف الداخلية للجسم ، ويمكن وصف هذا التـــوازن بأنه معقد أو بسيط فى بعض الأحيان ويكون هذا التناسق.والإنســـجام واضحـــا فالجهد العنيف لنشاط الجـــهاز الســـيمبثاوى يعوضـــه زيـــادة نشـــاط الجـــهاز الباراسيمبثاوى بعد زوال الخطر أو حالة الطوارئ.

ويستجيب لذلك الأمعاء والأوعية الدموية والغدد ليظل الجسم بعيدا عـــن الضرر الجسمى وعندما يوجد الخطـــر الجســـمى الخـــارجى يتـــاثر الجـــهاز السيمبثاوى ليعد الجسم إما للقتال أو الهرب فيزيد من معدل ضربـــات القلـــب ، ضغط الدم ، معدل التنفس وإطلاق الكبد لكمية كبيرة من السكر فى مجرى الـــدم والأوعية الدموية المتصلة بالعضلات والأخرى المتصلة بـــالعضلات المحركـــة للجهاز الهيكلى لتكون مستعدة لنشاط شاق كذلك الأوعية الدموية المتصلة بالمعدة والمعى والجلد والعصب الذهنى أو المخ.

ولكن الخطر الجسمى الحقيقى عادة ما يكون عابرا أى أنه بعد زواله يعود الجسم لحالته الطبيعية فتسترخى عضلاته وتبطئ ضربات القلب ثانية ويجرى الدم إلى المخ ويستأنف الإستيعاب كل هذا يكون تحت تأثير الجهاز الباراسيمبثاوى.

ويضيف سيمونس *(Simeans 1961)* إلى أن عقولنا تنطلق إلى النقطة التى ندرك بها الآخرين أكثر من إدراكنا للأخطار الجسمية.

وهى تتخيل أو تدرك الأخطار الاجتماعية مثل الغضب الذى يحدثه الإزعاج من موقف حاضرأو الندم على الماضى أو القلق على المستقبل كل هذا يؤثر على نشاط الجهاز السيمبثاوى ويجعله ينشط ولكن لايكون هذا التأثير فى قوته كإستجابته للقتال أو الهرب من خطر خارجى كما أنها لا تمر بسهولة.

إن مشاعر الإستياء ، الندم ، القلق من شأنها أن تجعل الجهاز السيمبثاوى مستثار والجسم فى حالة دائمة من الطوارئ وأحيانا يحدث ذلك بحيث لايستطيع الجسم تحمله.

ونجد فى هذه الحالة أنه من الضرورى التوازن بين استجابات السيمبثاوى والباراسيمبثاوى الذى يصبح أكثر صعوبة.

ولذا فإن الأفكار الضاغطة التى تحول يمكن أن تحدث تغيرات جسمية والتى تظل فترة أطول والتى تساهم فى عدم التوازن بين نشاط الجهاز السيمبثاوى والباراسيمبثاوى.

(Davison & Neal- 1990- P.97: 98)

ثانيا :- النظريات السيكولوجية

(Psychologicol Theories)

١- نظرية التحليل النفسي *Psychoanalytic Theory*

في بداية الحديث عن نظرية التحليل النفسي نود الإشارة إلى أن أعمال فرويد كان لها أثر فكان تركيزه على أن التغيرات الجسمية تحمل معنى رمزى وذلك عند حديثه عن الهستيريا التحولية وقد أشار إليها في كتابه (ما فوق مبدأ اللذة) حيث أشار إلى إن الطاقة النفسية المكبوته تجد منفذا لها من خلال الوظائف الفسيولوجية.

وقد كان *(ألكسندر ١٩٥٠ - Franz Alexander)* صاحب أكبر أثر من أتباع نظرية التحليل النفسي فقد قام الكسندر بدراسة ردود الفعل النفسجسمية فمن وجهة نظره أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي نتاج لحالات إنفعالية لا شعورية خاصة بكل اضطراب.

وكمثال: اتضح أن العامل الحاسم في الأساس المرضى للقرحة هو الإحباط والبحث عن العون أورغبات الحاجة للحب وعندما لا تجد هذه الرغبات إشباعا في العلاقات الإنسانية يظهر مثير إنفعالي مزمن له آثار معينه على وظائف المعدة.

وقد افترض أن مرضى القرحة يكبتون شوقهم للحب الأبوى وهذه الرغبة المكبوته تسبب نشاط زائد للجهاز العصبي المركزى "الذاتي أو اللاإدارى" والذى يؤثر بدوره على المعدة مما يؤدى إلى الإصابة بالقرحة فسيولوجيا نجد أن المعدة مستعدة دائما لتلقى الطعام والذى يرتبط رمزيا للشخص بالحب الأبوى.

وعدم إشباع الدوافع العدوانية تعتبر مسببة لحالة انفعالية مزمنه مسئولة عن الحساسية وعدم اشباع هذه الدوافع سيستمر وتزيد بالتالى من حدتها مما يسبب نمو أو تكوين أساليب دفاعية أقوى من أجل مقاومة المشاعر العدوانية

المكبوته. وبسبب درجة الكبت العالية فإن هؤلاء المرضى يكونون أقل تأثيرا فـى أنشطتهم المهنية ولهذا السبب يميلون للفشل فى تنافسهم مع الآخرين. كما يزيـد من الحسد وتزيد المشاعر العدوانية نحو الأكثر نجاحا.

لقد صاغ الكسندر هذا (الغضب الداخلـى) نظريـة فـى أسـاس مـن ملاحظاته عن المرضى الذين خضعوا للتحليل النفسى.

(Davison & Neal 1990 – 98 : 99)

٢- النظرية البافلوفية

أكد بافلوف على أن العديد من الأمراض مصدرها إختـلاف فـى العمليات العصبية خصوصا أمراض البدن وفى نفس الوقت أعطى أهميـة بإتجاهات المريض النفسية وآرائه وتأثيرها على مسار المرض وإمكانيـة علاجه.

أى أن الآثار الإنفعالية تعتبر من أقوى العوامل فى إحـداث التغـيرات البدنية وأعطى اللحاء دورا فى كيفية تنظيم وتنشيط الميكانيزمـات الهرمونيـه، فعن طريق اللحاء تجد الأحداث الخارجية طريقها لكى تعبر عـن نفسـها فـى العمليات الداخلية ذات الأهمية الحيوية فلا شك أن التغيـيرات الإيقاعيـة التـى تحدث فى الكلى والقناة الهضمية والمراكز العصبية متصلة بالأحداث فى البيئـة الخارجية وكذلك الإشارات الداخلية الصاعدة فى الجهاز الهضمى غالبا ما تؤثـر أيضا فى عملية التمثيل الغذائى والاستثارة العصبية وهـذا التـأثير إذا أسـتمر لفترات طويلة أو قصيرة يؤدى إلى إختلال وظيفى.

٣- النظرية السلوكية :

تتلخص آراء علماء النفس فى أن السلوك الإنفعالى ليس إستجابة مسـتقلة مفرده فهناك أنماط عديدة من الأعضاء التى يشملها الإضطراب وتعتمـد علـى الظروف المختلفة والمتغيرات المهيئة للإضطراب كما توجد فروق بين الأفـراد

خلال تعلم أنماط من الإستجابة الإنفعالية وتنقسم العوامل العامة فى نشوء وتطور الظواهر السيكوسوماتية عند السلوكيين إلى :

(١) عوامل مهيئة وراثية :

فالبناء الجسدى للكائن العضوى هو فى النهاية وراثة بيولوجية وهذه الخصائص البيولوجية الموروثه تشمل نوع عضلات القلب – القناة الهضمية – الغدد الصماء – الأوعية الدموية.

وتختلف درجة هذه الأبنية من حيث قوة التحمل فبعض الأبنية تنهار أو تتخاذل أو تتغير بسهولة بينما تظهر الأبنية الأخرى مقاومة أكبر للتغير وهذه الفروق فى النواحى الوراثية تكمن داخل الفرد نفسه كما تكون داخل الأجهزة أيضاً.

(٢) عوامل مهينة بيئية :

إن التعديلات الفيزيقية المكتسبة هى نتاج للتفاعل الجسمانى المباشر للأبنية العضوية مع البيئة وتشمل هذه التعديلات الآثار المترتبة على ظواهر مثل التعرض للأذى البدنى والإصابة بالطفيليات والأجسام السامة الغريبة ونقص التغذية ... الخ فهذه النواحى تؤدى إلى نقص مستوى المقاومة.

(لطفى فطيم ١٩٧٩ - ١٠٧)

دور العوامل الجسمية فى نشأة الإضطرابات السيكوسوماتية

بالرغم من القدر الكبير للدراسات التى تحدثت عن دور العوامل الجسمية فى نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية إلا أننا مازلنا بحاجة إلى دراسات أكثر لتحديد هذا الدور.

فقد حدث تطور كبير فى الأبحاث الطب حيوية (biomedical) والتى أدت لزيادة فهمنا للأصل المرضى (الباثولوجى) للاضطرابات السيكوسوماتية.وذلك لتعقيد هذه الاضطرابات.

وهناك اتجاه يركز على التخصصية فى مجال السيكوسوماتيك والـــذى يركز على أحد الاضطرابات فقط. فالباحثون الذين يقومون بالبحوث الخاصـــة بضغط الدم المرتفع مثلا لايهتمون بفهم قرحة المعدة.

وتؤكد النماذج النظرية أن كل الاضطرابات تحـــدث بســـبب الضعــف الجسمى- إما ضعف العضو مثل ضعف المعدة أو ضعف الجهاز الجسمى كمـــا فى الجهاز الوعائى والضعف الجسمى إما أن يكون ناشئا عن مرض أو يكـــون ضعفا موروثا مثل تلوث الجهاز التنفسى ويعد الفرد الإصابة بالربو.

ويجدر بنا الإشارة إلى نظرية ضعف العضو (الجهاز) وكانت فكرة هذه النظرية أن نماذج الاستجابة الجسمية الخاصـــة للمواقــف وخاصـــة المواقــف الضاغطة ربما تكون موروثة.

وقد اعتاد الباحثون على استخدام مصطلح (نموذج الاستجابة النوعيـــة) وذلك لينقل الإفتراض القائل بأن الأشخاص يميلون إلـــى الأســـتجابة الجســـمية للمواقف الضاغطة بطريقتهم الفطرية- المورثة- الفردية.

(Robert. Gatchel & et al., 1989- p152- 153)

دور العوامل الوراثية فى نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية

يرى كرانتز *(1995 Krantz)* أنه يوجد اختلافات فردية كبـــيرة بيـــن الأفراد فى الأستجابة الجسمية للضغوط.

ربما تكون هذه الأختلافات مرتبطة بالاستعداد الوراثى وقدرة الفرد على التعامل مع أو التغلب على الضغوط. ومعظم الأمراض أســـبابها مقســـمة إلـــى تكوينات ثانوية subforms تحدثه عوامل استعدادية (جينية أو غـــير وراثيـــة). وتتحدد هذه التكوينات الثانوية أو القصور فى بناء البروتين الذى يمكن أن يقـــى بعض الأفراد ضد مختلف الامراض وبالرغم من تكوينه إلا أنه ربما لا يظـــهر كمرض.

والسؤال الذى يفرض نفسه هو :

لماذا يستجيب أحد الأعضاء للضغوط مع الميكانيزمات السيكوسوماتية بينما نجد على نحو آخر عضوا مشابها تحت ضغوط مشابه يمكن أن يختار بين أن يجاهد أو يهرب (fight or flight) وعضو آخر يستجيب بأنماط توافق عصابية أو ذهانية؟

وللإجابة على هذا السؤال نجد أنه قد أجريت أبحاث تبين أهمية دور العوامل الوراثية والمناعية وكذلك الخبرة السابقة أو الاشراط (Conditioning). -ونجدها على الجانب الآخر- فى الاستعداد للمرض.

فالاستجابة للضغوط يمكن أن تأخذ شكل الإنهيار الجسدى الذى يعكس تأثر النمط الجسدى لسوء التكيف النفسى.

وقد ربط جراهام وكانيش ***(Graham & Kunish 1965)*** الاضطرابات السيكوسوماتية بالاتجاهات الفردية فمثلا الناس الخائفون يفترض أن يصابوا بضغط الدم الجوهرى (Essential Hypertention).

ويرى جلهورن ***(1967 Gellhern)*** أن بعض الدراسات فى علم أسباب المرض (etiology) ربطت بين الأمراض السيكوسوماتية ومفهوم (العضو القابل للإصابة) (vulnerable organ concept) وافترضت هذه الدراسات عامل الاستعداد الوراثى فى نشأة وتطور الأمراض السيكوسوماتية. فعندما يتعرض عضو معين لمؤثرات بيئية ، ينشأ الاضطراب السيكوسوماتى باتحاد المؤثرات الوراثية والداخلية والخارجية.

كما أشار بعض الباحثين مثل سكيمل ***(1972 schmale)*** إلى السمات النفسية المحددة مثل الشعور باليأس والعجز تكون لدى الأشخاص الذين لديهم ميول أو استعداد للإصابة بالمرض السيكوسوماتى.

(Benjamin B. wolman, 1988, 91 : 92)

لتوضيح دور العوامل الوراثية أجـــرى ميرســكى *(Mirsky 1958)* تجارب على مستوى إفراز الببسينوجين[١] ووجد أنه يكون أعلى عند الأشــخاص المرضى بالقرحة المعدية.

يرى ميرسكى، فترمـــان وكـــابلان *(Mirsky, futterman, 1952 kaplan)* وبيلوت، لينوسكى وسكاينر *(Pilot, lenski, schoefer 1957)*. أن الزيادة فى إفراز البيسينوجين هى عامل مسبب للفزع وفـــى دراســـة قـــام بـــها مرسكى بقياس الاختلافات الفردية فى مستوى إفراز البيسينوجين فـــى الأطفـــال حديثى الولادة وجد أن الأطفال الذين يكون مستوى إفراز البيســنيوجين مرتفـــع يندرجون من آباء وأمر لديهم مستوى إفراز البيسينوجين مرتفع.

هذا بالإضافة إلى دراسات التوائم التى أظهرت تساوى وتماثل مســـتوى إفراز البيسينوجين لدى التوائم إلى حد كبير.

(Robert J. Gatchel, et al., 1993 – 12 : 13)

مما سبق نستنتج أنه من الممكن أن يكون للشخص اســـتعداد للمـــرض ولكنه لا يصبح مريضا.

<u>دور العوامل المناعية :</u>

إن الجهاز المناعى للإنسان هو نظام دفاعى قوى ضد المرض وقد تنمـــو هذه المناعة أو تهدد بالضغوط.

ويتكون الجهاز المناعى من مكونين رئيسين الأول هو **المناعة الداخليـــة** والتى لها دور دفاعى غير محد ضد أى هجوم يهدد الجسم. والثـــانى المناعـــة

---

[١] [والببسينوجين إفراز معدى نشط يتحول فى المعدة إلى إنزيم البيسين الـــذى يحطـــم البروتينات بالإضافة لحمض الهيدروكلوريك والذى يعد عاملاً نشطاً فى العصـــارة المعدية الهاضمة].

المكتسبة والتي تصوب ضد جراثيم محدده أو سموم معينة وكنتيجة لقوة جهاز المناعة فإنه من الممكن أن يكون الشخص حاملاً للمرض ولكنه غير مريض.

(Stanley cheren, M.D. 1989 – 20)

١- *المناعة الداخلية : Innate immunity*

لقد خلقت أجساماً كي تحمى نفسها ضد مختلف الأنواع من مسببات الأمراض وهذه القدرة تسمى المناعة الداخلية. والجلد حاجز مناعى قوى ضد أى هجوم كما أن إفرازات المعدة من عصارات وأحماض قوية تدمر أى نوع من البكتيريا والفيروسات.

والدم به الكثير من المركبات الكيمائية المدمرة لأى جرائيم أو سموم وأبرز صور المناعة الداخلية هو نوع محدد من الخلايا الدموية فالخلايا الحمراء تحمل الأكسجين إلى جميع أجزاء الجسم والخلايا البيضاء (الليوكوسيتيات leukocytes) لها وظائف مناعية متعددة وهى وحدات متحركة من الجهاز المناعى للجسم ويتم تخليقها من نخاع العظام والأنسجة الليمفاوية ثم تنتقل لمجرى الدم ثم إلى المكان الذى يستلزم وجودها فيه ومن أهم أنواع الخلايا البيضاء النيتروفيلات والمونوستيات.
Neutrophals & Monocyte – Macrophages

وهى تهاجم البكتريا وتدمرها وتهاجم أيضاً الفيروسات والمواد المسببة للمرض والنيزومنيلات هى خلايا ناضجة قادرة على حماية الجسم أما المونوستيات فهى خلايا غير ناضجة ولابد أن تنمو وتتمدد إلى خلايا دموية بيضاء كبيرة وقوية وتسمى خلايا ماكروفاجية Macrophages وهذان النوعان فى الخلايا لها قدرة على الحماية وتسميا Phagocytes والخلايا الماكروفماجية تتركز كبؤر استراتيجية فى الجلد والرئتين والكبد والطحال ونخاع العظام منتظرة استدعاءها للعمل مثل ما يحدث عند الالتهاب.*

---

* الإلتهاب : عندما يصاب الجسم سواء بعدوى بكتيريه أو بجروح أو كيماويات أو حروق تحدث مكان الإصابة تغيرات لحماية الجسم وتسهيل الشفاء فتحدث مكان الجرح

وينتقل الكثير من الخلايا البيضاء لهذه الأنسجة لتواجه مسببات المـرض وتموت بعض هذه الخلايا بعد أداء عملها لتكون مادة صديدية.

هذا ومع انفجار هذه الخلايا تخرج منها مواد إضافية تعمل على استدعاد المزيد من النيتروفيلات والخلايا الماكروفاجية لتعمل على تدمـير الفيروسـات والبكتريا والسموم التى قد تتواجد واستجابة هذه الخلايا النيتروفيلية تكون منظمـة بسبب إفراز مواد من الخلايا الماكروفاجية والأنسجة الملتهبة.

٢-*المناعة المكتسبة :* وهذه عند تنشيطها قد تحمى الجسم ومـن الجرعـات السامة التى تزيد ١٠٠٠٠٠ مرة عن المستوى المسبب للوفاة وثمت نوعـان من المناعة المكتسبة:

(١) مناعة الخلايا B. Beal immunity وقد تسـمى المناعـة الهيومورية humoral.

(٢) مناعة الخلايا T. Teal imminty أو مناعة الخلايا الوسيطة.

وللنوعين وظيفة دفاعية تقوم بها الخلايا البيضـاء متخصصـة تسـمى antibodies أو الأجسام المضادة وذلك النوع الأول.

أما النوع الثانى تقوم الخلايا الوسيطة بالوظيفة الدفاعية وثمة نوع معيـن يسمى sensitized lymphocytes يقوم بالدفاع.

وتسمى الفيروسات والبكتريا والسـموم المتهاجمـة للجسـم أنتيحنيـات antigens.

مصدر المناعة المكتسبة : تنشأ من نخاع العظام خلايا السـاق ومنـه تبـدأ المناعة المكتسبة وتنتقل هذه الخلايا من الغدة التيموسية التى تكون أسفل الرقبـة ثم تتحول إلى نوع يسمىT lymphocytes وتنتقل بعض مـن خلايـا السـاق الأخرى إلى الكبد ونخاع العظام فى طورها الجنينى والنوعين من الخلايـا B و

ندبه حمراء وهى علامة تشير الى تمدد الأوعية الدموية لتسمح بانسياب السـوائل بين الخلايا ثم تحدث الجلطة بين هذه الخلايا تعمل كحاجز مناعى.

T ينتقلان خلال الدم ويستقران فى الأنسجة الليمفاوية والعقد الليمفاوية وهـذان النوعان غير ناضجين وغير قادرين على حماية الجسم ضد الأمراض.

(Smith Janathanc 1993 - P. 120:22).

وتتأثر استجابة جهاز المناعة بالضغوط التى يتعرض لها الفـرد وذلـك بسبب حساسية جهاز المناعة للاستجابة للمؤثـرات النفسـية وبخاصـة اتجـاه الشخص نحو ذاته ونظرية للحياة ويمكن كنتيجة لذلك أن يبطئ أو يسـرع فـى تكاثر الخلايا الضارة أو نمو السرطان.

ويرى ليبوفسكى (١٩٨٥) أن خبرات الحياة الضاغطة تحدث حالة مـن التوتر والقلق والإحباط والاكتئاب وكذلك حرمان من النـوم وحـالات الحـداد والإنفعالات السلبية الأخرى من شأنها أن تسبب انخفاضاً من حساسـية جـهاز المناعة ويقع الإنسان فريسة للمرض.

(Benjamin b. wolman – 1986 – P 38)

وقد أجرى *(Adler & Cohen 1984)* دراسات إكلينيكية حول تـأثير العوامل النفسية الاجتماعية على كفائة جهاز المناعة.

وتتحدد استعادة نشاط الجهاز المناعى بعدة متغيرات رئيسية مختلفة منها :-

- نوع وكمية التغير الحادث طبيعيا أو تجريبيا فى البيئة النفسية الاجتماعية.
- نوع وكمية المؤثرات المناعية أو المرضية.
- العوامل الطفيلية فى المؤثرات البيئية.
- العلاقة الزمنية بين العوامل النفسية والاجتماعية والأحداث المناعية.
- العوامل الإجرائية (التجريبية) كطبيعة المتغيرات التابعة وظروف العينة
- التفاعل الحادث بين كل مجموعة من كل ما سبق أو كل ما سبق.

وقد أقر ماسون *(Mason 1975)* بأن الخبرات الضاغطـة يمكـن أن تسبب تغيرات هرمونية تؤثر بدورها على وظائف جهاز المناعة ويمكن أن تزيـد قدرة (الطفيليات) على اقتحامه والوصول إلىمرحلة المرض.

فالأحداث الضاغطة يمكن أن تؤثر علـــى وظـــائف الجـــهاز العصبـــى المركزى وتخفض قدرتـــه علـــى مكافحـــة المـــرض (organism) وتحـــدث اضطرابات سيكوسوماتية ويرى جـــيرموت ولـــوك *(Jermott & Locke 1984)* أن الخبرات الضاغطة يمكن ان تسبب نقصـــا فـــى اســـتجابة الجـــهاز المنـــــاعى للأمـــــراض الناشـــــئة عـــــن التلـــــوث (infectious disease).

وبلغة أخرى فإن الضغوط النفسية (stress) تحدث طاقة دفاعية وتزيـــد من قابلية الاستجابة والتأثير بالمرض. ويرى ميللر*(Miller 1983)* أن الإسهال والأضرار التى تحدث فى المعدة مرتبطة بشعور الفرد بالهزيمه. كما يـــرى أن الإكتئاب الناتج من الخبرات المحيطة والذى يؤدى بدوره إلى ترك سلوك صحـــى أو إهمال كارثة صحية.

(Benjamin. B. wolman 1988 - p 38 : 40)

الضغوط ودورها فى الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية

تعريف الضغوط Stress

عرفت الضغوط فـــى (welster's collegiole Dictionory) بأنـــها الضغوط (stress) أو الإجـــهاد(strein) وقـــد عرفـــه ولمـــان فـــى قاموســـه (wolman's Dictionary of Behavior science) بأن الضغط حالة جسمية أو إجهاد عقلى يحدث تغيرات فى الجهاز العصبى اللاإرادى والضغوط حالة مـــن الضغط (pressure) التى تضع الحاجات الملحة الهائلة على الكائن الحى أحيانـــا لتكون ضغوط كثيرة بحيث يتعذر على الإنسان التعامل معها أو التغلب عليها.

(Benjamin B. Wolman 1988 - p.55)

وقد عرفها كاسل Kasl 1984 من وجهة نظرة لتأثيرها على الإنسان. بأنها عملية معقدة تتكون من سلسلة استجابات متعددة المستويات ترتبط بالصحـــة العقلية والجسمية. هذه العمليـــة تســـبب انخفاضـــا فـــى مســـتوى نوربينفريـــن

وسيروتونين وزيادة فى مستويات البلازما (plasma corticosterore) وفـــى نشاط الغدة النخامية الأمامية.

(Benjamin. B. wolman 1988 - p.58)

وقد عرف بوم ***(Baum 1990)*** الضغط stress بأنه خـــبرة انفعاليـــة سلبية مصحوبة بتغيرات بيوكيميائية وجسمية ومعرفية وسلوكية هـــذهالتغـــيرات تكون مباشرة مما يؤدى إلى التأثير على الجسم لمواجهة الحدث الضاغط.

(Tylor Shelly.E. 1995- p.219)

وما من حديث عن الضغط stress إلا ويجرنا إلى الحديث عـــن هـــانز سيلى ونظريته التى تحدث فيها عن العلاقة بين الضغط والإصابة بالمرض. وقـد ذهب هانز سيلى إلى أن الجسم يستجيب للضغط بردود أفعال فسيولوجية وذلـــك لمواجهة الخطر والضغط النفسى والذي ينتـــج عـــن هـــذه الاســـتجابة بعـــض الأعراض الفسيولوجية أو السيكوسوماتية.

وقد قسم سيلى استجابة الكائن الحى البشرى للضغوط إلى ثلاث مراحل.

<u>١- مرحلة الإنذار (The Alarm reaction)</u>

عندما يتعرض الفرد لموقف ضاغط فإنه يعد نفسه لكى يقوم بمواجهـــة هذا الضغط والذى يحدث تأثيره المباشر على الغدة الكظريـــة لإفـــراز هرمـــون الإدرينالين والذى يزيد من نشاط الجهاز العصبى اللاإرادى (السيمبثاوى) ويصبـــح الجسم مجهزا لمواجهة الخطر.

<u>٢- مرحلة المقاومة (Resistance)</u>

إذا استمر الضغط أو التعرض للموقف الضاغط يبذل الجسم جهده لكـــى يتعامل مع الخطر أو مصدر التهديد. وخلال هذه المرحلـــة تتوقـــف التغـــيرات الفسيولوجية التى تحدث فى المرحلة السابقة فإذا اســـتمر الضغـــط يدخـــل فـــى المرحلة الثالثة وهى.

٣- مرحلة الإجهاد Exhaustion

وتحدث هذه المرحلة إذا فشل الكائن البشرى فى التعامل مع الضغـــط أو التهديد فيجهد العضو أثناء محاولته للتغلب على الضغط أو مواجهتـــه فيحـــدث ردود أفعال جسميه غير متناسقة تؤدى إلى حدوث الاضطراب السيكوســـوماتي. وهو ما يطلق عليه سيلى زملة أعراض التكيف العام (General Adaptation Syndrom) .

وقد قام كابلان ١٩٦٤ باقتراح أربعة مراحل للتعامل مع الأزمـــة التـــى تسبب الضغط النفسى (stress) .

وقد عرف سلايكو *(Slaikeu 1990)* الأزمه بأنها حالة مؤقتـــه مـــن الإرتباك وسوء التنظيم وتتميز أساسا بعدم قدرة الأفراد على التعامل مع موقـــف معين باستخدام الأساليب التقليدية لحل المشكلة وباحتمالية الاســـتجابة ســـلبيا أو إيجابيا.

وتركز كثير من النظريات على إنهيار طرق مواجهة الأزمات فـــاقترح كابلان سنة ١٩٦٤ أربعة مراحل للأزمة.

١- للأزمة بداية واضحة ومنها بعض الأحداث مثل الاغتصاب أو المـــوت أو الأمراض المستعصية تكون مدمرة بشكل يجعلها مفجعة.

٢- بمجرد حدوث الأزمة يزداد الضغط العصبى وتبدأ اســـتراتيجات التعـــامل المألوفة فى الظهور ولو فشلت لا تحل الأزمه ويزداد الشعور بالارتباك.

٣- يظهر المزيد من استراتيجيات التعامل وقد تحـــل الأزمـــه ويعـــاد تحديـــد المشكلة أو تحرز فيها أهداف محددة.

٤- لو لم تحل الأزمه تتركز المشكلة أو تنهار استراتيجيات التعامل الانفعاليـــة ويزداد الضغط النفسى ويحدث الارتباك والثورة.

(Jonathan. C. Smith 1993 – P.161)

ولقد كان ريتشـــارد لازاروس *(Richard Lazarus 1966)* أحـــد الشخصيات البارزة فى دراسة الضغوط النفسية ويـــرى لازاروس أننـــا نشـــعر بالضغوط عندما ندرك موقفا ما يفوق المصادر التكيفية للشخص وهـــذه الفكـــرة تسمح لنا أن ندرك الاختلافات الفردية في كيفية استجابة الناس لنفس الحدث.

(Davison & Neale 1994- p.191)

وقد تحدث الكثير عن التغيرات البيولوجية التى تحدث أثنـــاء مواجهـــة الضغوط وتساعدهم هذه التغيرات فى تخفيف دور الضغـــوط علـــى المرضـــى ومثال ذلك زيادة معدل ضربات القلب أو ضغط الدم أو فى إفراز الـــهرمونات كما أن الأبحاث قد أوضحت أن الضغوط تؤثر على الجهاز المناعى مما يؤثـــر على الإصابة بالأمراض المعدية والسرطان والحساسية.

وقد أوضح زاكونســـى *(Zakowski 1992)* وآخـــرون أن الحـــزن والحرمان يحركان وظائف مناعية وأن الشعور بالضياع قد ينم عن تغيرات فـــى المناعة وكذلك القلق.

تؤثر ضغوط الحياة تأثيرات مختلفة على مختلف البشر بمعنى آخر أنـــه يوجد متغيرات آخرى وسيطة في العلاقة ما بين الضغـــوط والمـــرض أولـــها المســـاندة الاجتماعيـــة (social support) وثانيـــها الوســـط البيولوجـــى (Biological Modiation).

<u>١- المساندة الاجتماعية :</u>

تناول كوهين وويلز *(Cohen & Wills 1985)* جانبين من المســـاندة الاجتماعية الجانب الأول يشير إلى تكوين المســـاندة الإجتماعيـــة مـــن شـــبكة العلاقات الاجتماعية مثل الحالة الزواجية أو عدد الأصدقاء أما الجـــانب الثـــانى فهو يشير إلى وظيفة المساندة الاجتماعيـــة ويركـــز علـــى وصـــف علاقـــات الأشخاص ومثال لذلك هل يؤمن الشخص بأن له أصدقاء يمكن الاعتماد عليـــهم فى أوقات الشدة.

ولكل من شكلى المساندة الاجتماعية ارتباطا ببداية المرض وعلى سبيل المثال اكتشف سيم وسيمان (*Seeman & Syme 1987*) أن مستويات مرتفعة من المساندة الوظيفية ارتبطت بمعدلات أقل من تصلب الشرايين وقدرة المرأة على التكيف مع الروماتيزم الشريانى المزمن وترتبط المساندة الهيكلية بالعديد من مظاهر أمراض القلب.

(Reed & et al., 1983)

ولكن للإجابة على سؤال كيف تكون للمساندة الاجتماعية تأثير على الإصابة بالمرض فإذا كان لشخص ما مستوى عالى من المساندة الاجتماعية فإنها تزيد من حدوث سلوكيات صحية إيجابية مثل عدم التدخين أو عدم تناول المشروبات الكحولية وقد شار إلى ذلك (*Blazer 1982*) فى دراسته على كبار السن.

أما إذا كان هناك نقص فى المساندة الاجتماعية فإنه يمكن أن تكون التأثيرات مباشرة على العمليات البيولوجية وذلك لزيادة الانفعالات السالبة التى تؤثر بدورها على مستوى بعض الهرمونات وتؤثر على جهاز المناعة.

٢- الوسيط البيولوجى

تحدث التغيرات البيولوجية أثناء التصادم بالضغوط التى تلعب دور الوسيط بين الضغوط والمرض فمثلا الزيادة فى معدل ضربات القلب وضغط الدم أو الزيادة فى إفراز الهرمونات.

· تشير البحوث الحديثة إلى أن الضغوط تؤثر على جهاز المناعة والذى يلعب دوراً هاما فى الإصابة بالأمراض.

(Zakowski, Tlall & Baum 1992 - 1995- p.198.)

العلاقة بين الطفل - الأم ودورها فى الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية

أكدت بعض البحوث علـى دور التفاعل بين الوالدين - الطفل (parent – child) فى أسباب الأمراض السيكوسوماتية كما أن من أسباب الأمراض السيكوسوماتية الخلاف الحادث بين الوالدين والرفض الأبوى والإنفصال والطلاق وهجر الطفل.

ويرى وولمان ***Wolman*** أن الكائن الإنسانى يستمد شعوره بالأمان من مصدرين أساسيين هما :

١- طاقته الخاصة به وتكون محدودة جدا فى فترة الطفولة.
٢- المساندة أو طاقة الحليف.

ويعتمد الإحساس بالأمان لدى الطفل على اعتقاده أن الوالدين أقوياء وسوف يستخدمون قوتهم فى حمايته والثقة فى استمرار هذه الحماية (الطعام) والخوف من الإنفصال عن الوالدين وبخاصة الأم هو أسوأ أنواع الخوف وجميع الأطفال يصابون بالأعراض السيكوسوماتية أملا فى الحصول على المساندة الوالدية.

ونجد أن الأطفال حديثى الولادة لديهم القدرة على استقبال الإيماءات والإشارات اللالفظية ويشعرون بالحب الذى يقدم لهم عن طريق الطعام المقدم من الأم أو بديلها وتسمى هذه القدرة بالتقمص العاطفى (empathy).

وقد وجد أن بعض الآباء الذين يتسمون بالحزم مع أبنائهم يتسببون فى شعورهم بالذنب سواء أرتكبوا خطأ أم لم يرتكبوا ويميل الأطفال إلى معاقبة أنفسهم بطريقة ما وذلك عن طريق الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية. يرى ولمان (***Wolman (1978***) أن الشعور بالذنب يكون بسبب محنة حقيقية أو خيالية وذلك شعوريا أو لا شعوريا.

وقد وجد فرويد وبرلنجام ***(Freud & Burlingham 1944)*** أنه أثناء الحرب العالمية الثانية تعرضت لندن لغارات جوية ومدفعية من النازيين وقد

قام بعض الآباء بإرسال أبناءهم بعيدا فى أماكن سلمية منعزلة وقد سبب هذا الإنفصال عن الوالدين ضغطا أكثر وقد سبب لهم أعراضا سيكوسوماتية أكثر بالمقارنة بالأطفال الذين ظلوا مع آبائهم.

ويرى وينجر *(Weininger 1972)* أن الإنفصال عن الوالدين يمكن أن يسبب سلوكا نكوصيا مثل (سلس البول اللاإرادى أو مص الإصبع أو إنتزاع الشعر أو التهته أو خلل وظيفى نفسى آخر) أو ربما تسبب أمراضا سيكوسوماتية مثل الربو الشعبى أو الأمراض الجلدية.

ويرى براوان وكيرلن *(cherhine & Brown 1979)* أن فقد الأبوين والإنفصال عنهما قبل سن الثامنة يزيد اضطرابهم أكثر من فقدهم فى سن ما بين ٨-١٥.

ويؤكد شبتيز *(Spitz, 1945)* على أن النقص فى المساندة الإنفعالية مسئولة عن تدهور جسم الطفل وإصابته بالأمراض المميته.

وقد وصف هورنى *(Horney, 1950)* على لسان الممرضات المعالجات للأطفال المصابين بأمراض أن الأطفال الذين قمنا بعلاجهم باستخدام العناق أظهروا تقدما ونموا صحيا ملحوظا وزيادة فى الوزن أكثر من الأطفال الذين تلقوا نفس العلاج بدون عاطفة.

وقد نالت دراسة العلاقة بين الأم - الطفل اهتماما خاصا من جانب الباحثين وقد ظهر ذلك فى دراسة أحد الأمراض السيكوسوماتية الشائعة لدى الأطفال وهى قرحة القولون وقد وجد أن قرح القولون غالبا لاتكون مصحوبا بمشاعر الغضب والخوف والحزن وغالبا ما تتسم شخصية الأطفال المصابين بالجمود والضغط الناتج من ديناميات أسريه نفسية مرضية كالأم المسيطرة والأب الغير فعال.

وقد أشار فاندرسال *(Vandarsal, 1982)* من خلال خبرته الإكلينيكية إلى أن المشكلات النفسية ليست وحدها سببا فى حدوث قرحة القولون فى الطفولة كما تحدث قرح القولون والاضطرابات السيكوسوماتية الأخرى عند

الأطفال نتيجة لعوامل متعددة ولكن العلاقة بين الأم والطفل تلعب دورا هاما فى نمو الطفل السليم والمضطرب أيضا والأسلوب الذى يربط الأم بالطفل هو الذى يجعل الطفل يستجيب لها شعوريا أو لاشعوريا.

وبالإشارة إلى ليبست *(Lipsitt, 1985)* وجد أن إهمال الأم لمتطلبات طفلها الجسمية يؤدى إلى إصابته بالإحباط الشديد الذى يؤدى إلى إصابته بمختلف الأمراض السيكوسوماتية وقد وجدو أن الخبرات الإكلينكية والملاحظات تؤكد أن الأمراض السيكوسوماتية غالبا ما تكون نتيجة لنمو الفشل الذى يشمل اتحاد العوامل الرحمية والإستعداد التكوينى والعلاقة بين الأ م- الطفل فى نمو اللغة والاتصال بالإضافة إلى عوامل أخرى.

وقد وصف كيمبل *(Kimball, 1978)* صدمة إنفصال الطفل عن أبوية ووجد أن الانفصال الملاحظ للأمهات عند ميلاد طفل جديد أو عن الآباء أثناء فترات العمل والحرب. والسلوك العدوانى يمكن ملاحظته فى كل الأوقات والذى يمكن أن يكون غير ملائم ظاهريا ويمكن أن يظهر من خلال أعضاء الجسم الظاهرة مثل مص الإصبع وشد الشعر ، اللزمات ، الخوف المرضى من المدرسة ، الربو ، الأكزيما ، الحكة ويرى كيمبل أن الأنتباه والتركيز على سلوك الطفل فى مرحلة الطفولة ليس كافيا ويجب ملاحظته عند انفصاله الأول عن الأم عند دخوله المدرسة فى سن السادسة.

(Benjamin B. Wolman 1988)

دور الإنفعال فى نشأة الإضطراب السيكوسوماتى

يعرف أحمد عزت راجح ١٩٦٧ الإنفعال "بأنه حالة نفسية جسمية ثائرة أى حالة شعورية خاصة تقترن باضطرابات فسيولوجية حشوية مختلفة تغشى الأجهزة الداخلية جميعا" ، كما يرى أنها تقترن بحركات تعبيرية وإيماءات وألفاظ وسلوك خارجى ظاهر تتصرف عن طريقه تلك الطاقة الحشوية.

(أحمد عزت راجح١٩٦٧-٦٥)

وقد تعددت الملاحظات التجريبية والكلكنيكية فـــى الســنوات الأخــيرة لتوضح الأثر البليغ الذى تحدثه الصدمات الإنفعالية فى الجسم عندما ينشأ مـــن تكرارها حاله مستمرة من التوتر النفسى والمظـــاهر الفســيولوجية المصاحبــة للانفعال تكون فى بادئ الأمر بمثابة اضطراب وظيفى لا يلبث أن يهدأ ويــزول بزوال الإنفعال.

ولكن عندما تتكرر الاضطرابات الفسيولوجية بدوام الأســباب المثــيرة للإنفعال والتوتر النفسى فإنها تتحول إلى اضطرابات مزمنه تؤدى فـــى نهايــة الأمر إلى أعراض وإصابات عضوية.

(محمد عبد الظاهر الطيب، عبد المنصف الغازى ١٩٨٤-٢٣)

فإذا حدث وأن أعيقت هذه الطاقة الإنفعالية عن الخروج والانطلاق على شكل سلوك خارجى مناسب بالقول أو بالفعل سوف يرتـــد هــذا التوتــر إلـــى الشخص نفسه مما يؤدى فى النهاية إلى تغيرات عضوية فى الأنســجة وإذا زاد تراكمها واشتدت وطأتها تتضخم الاضطرابات والتوترات مما يحدث للشـــخص اضطرابا.

ويصيغ أحمد عزت راجح ما سبق فى كلمات مختصرة "إذا لـــم نمكــن إنفعالاتنا من التعبير الظاهر عن نفسها بصورة ملائمة تولت أجســامنا التعبــير عنها بما تستهلكه من لحم ودم".

ويشير مصطفى زيور إلى "أنه من أبرز الحقائق التى يجب أن نقرها فى هذا الصدر هو أن الدليل يقوم الآن على المنبهات النفسية مثل الإنفعالات لها أثر على التغيرات أثر البكتريا والتوكســينات وأن التغــيرات الفســيولوجية التـــى تصاحب الإنفعال قد تصيب وظيفة أى عضو من أعضاء الجسم".

وصار نفر من المشتغلين بالفسيولوجيا على أثر كانون Cannon فـــى الإتجاه إلى دراسة التغيرات الفسيولوجية الملابسة لأنـــواع الإنفعـــال المختلفــة كالخوف والغضب والتهيج الجنسى والارتباك الناشئ عن عدم القدرة على اتخاذ رأى حاسم. وأهم هذه التغيرات الملابسة تغير فى التوتر العضلى وعلى الأخص

توتر العضلات الملساء ، ثم تغير فى الإفرازات ثم فى الجهاز الدورى والجهاز التنفسى.

أما التغيرات الكيميائية فأهمها تغير فى سكر الدم وزمن التخثر وغير ذلك من الأحداث التى تأتى كأثر لتنبيه الجهاز العصبى السيمبثاوى والغدد الصماء وعلى الأخص الغدد الأدرينالية وتدل البحوث الحديثة على قيام تغيرات فى التوازن الكهربائى بين الخلايا وما يحيط بها من سوائل.

وتتميز هذه الأحداث جميعا بصفات مشتركة:-

أولا:- قد يستفيد الكائن من هذه التغيرات نشاطا يبدو فى سلوك الهرب أو الهجوم.

ثانيا:- تؤثر هذه الأحداث على جميع أجهزة الجسم بحيث قد يحدث منها خلل مؤقت فى الوظائف.

ثالثا:- إذا لم تصرف هذه التغيرات الفسيولوجية عن طريق نوع مجد من النشاط فستبقى دوماً أو سوف تتبعها ألوان أخرى من التغيرات ومثال ذلك اضطراب التوازن الهرمونى وما ينشأ عنه من اضطراب الجهاز الحركي للأوعية (Vasomotor) وغيرذلك من الأجهزة نتيجة لتنبيه شديد مستمر من الغدد الأدرينالية والدرقية وتمدد المريئ نتيجة لتقبض القلب المستديم وما يتبع تمدد المرئى من اضطرابات التغذية.

رابعا:- إن أى اضطراب مزمن فى إحدى الوظائف ينتهى إلى أن يتحول إلى خلل في التركيب التشريحى مثال ذلك ما يحدث من الضمور العضلى نتيجة للتقلص المزمن فى الأطراف فى مرض الكتاتونيا أو تضخم القلب نتيجة ارتفاع ضغط الدم المستمر أو البواسير نتيجة الإمساك المزمن. وقد يحدث التغير العضوي بطريقة غير مباشرة عندما يوجد فى الجسم مواد عفنه ما كانت لتحدث آثارا باثولوجية لولا قيام التغيرات الفسيولوجية المستديمة ومثال ذلك أن يكون فى الجسم أنواع من البكتريا لا تحدث أعراضا إكلينكية نظرا لأنها تتصرف فى الجسم فى يسر حتى إذا قام فى سبيلها عائق كتقلصات مستديمه فإن طول بقاء

المواد العفنه ينتهى بأن يجلب إلتهابا صديديا حادا كما يحدث ذلك فـــى حويصلة الصفراء أو حوض الكلية.

(مصطفى زيور، ١٩٨١-٢٤٤:٢٤٣)

ويوجز أحمد عكاشة ١٩٨٢ أهم العوامل الإنفعالية التـــى تـؤدى إلـــى الأمراض السيكوسوماتية فيما يلى :-

١-الحرمان من العناية والحب والعطف مع وجود رغبة المريض الملحة فـــى الحصول عليها ومن هنا نشأت الصلة بين دلائل الحب وحركات المعـــدة ، ويستجيب الشخص للحرمان الذى يعانية صامتا بالطموح الذائد. ومضاعفـــة الكدح والتظاهر بعدم المبالاة وبإرغام نفسه على بذل الحب والعطف لغـــيره ، ونشاهد هذه الحالات الإنفعالية فى الأشخاص المصابين بقرحات المعدة.

٢- نزعات عدوانية والثورة ضد السلطة والتذمر من العمل ومحاولـــة تجنـــب المسئولية والصراع العنيف لمواجهة معضلة وجدانية لا يمكـــن حلـــها ولا تجنبها كما فى حالات ارتفاع ضغط الدم.

٣- الخوف من فقدان الأم أو ما يقوم مقامها كالزوجة مثلا فـــى حالـــة بعـــض الأشخاص الذين لم ينضجوا انفعاليا أو الخوف من فقـــد موضـــوع الحـــب ويظلون متعلقين بالأم تعلقا طفليا كما فى حالات الربو.

(أحمد عكاشة١٩٨٢-١٧٦:١٧٥)

ويعود مصطفى زيور للإشارة إلى أن التغيرات الفسيولوجية التى تحـدث مع الإنفعال يمكننا إحداثها تجريبيا بواسطة التنويم المغناطيسى ويـــرى أن هـــذا يدعونا إلى الحذر من الإستخفاف بما يتوهمه بعض المرضى من اعتلال بعـــض أجهزتهم لأن هذا الوهم - إذا طال - من شأنه أن يقوم مقام الإتحاد الذاتى.

ويرى أن الإنفعال باعتباره نذيرا بفقـــدان التوافـــق خليـــق أن ينحبـــس انصرافه عندما لا يصلح كاستجابة ملائمه ويبدو ذلك واضحا عندما لايوجد فـــى المشكلة ما يقتضى الإستجابة بالهرب أو الهجوم أوغير ذلك من أنـــواع النشـــاط

الحركى الذى يهيئ الجسم له تلـك الملابسـات الفيسـولوجية كزيـادة إفـراز الإدرينالين وارتفاع مقدار السكر فى الدم وازدياد كرياته الحمراء .... الـخ التى سبقت الإشارة إليها.

(مصطفى زيور ١٩٨٠ - ٢٤٥ : ٢٤٨)

وخلاصة القول :-

إنه عندما يشكل الأمر على الإنسان ولا يملك له حل مناسب أو عندمـا يتصارع فى تقسيم دوافع متنافره قوية فإنه يضيق بالأشكال أو بالمصارعة وبما ينشأ منهما من توتر انفعالى مؤلم ولا يمكن لها خروجا إلى ميدان الشعور. ولكن الطاقة الإنفعالية التى أغلقت دونها سبل التنفيس الطبيعى على هذا النحو لابد لها من اصطناع مصارف أخرى فتعمد إلى اختراق مسالك قصيرة تحـت لحائيـة حيث أن المسالك اللحائية أى التى تتميز بالشعور قد سددت فى وجهها ونستطيع أن نضرب مثلا لذلك بالضحك والبكاء الهستيرى الذى يحدث دون سبب ظـاهر ويبقى ما بقيت أسباب هذه المظاهر خافية حتى إذا تبينها صاحبها اسـتطاع أن يقف منها موقفا ملائما على أن اصطناع المسالك تحت اللحائية مـن شـأنه أن ينبهها تنبيها قويا قد يؤدى إلى فقدان التوازن الوظيفى فى الأجهزة الحيوية علـى نحو قد تنشأ منه إصابات تشريحية.

(مصطفى زيور ١٩٨٠- ٢٤٩)

فشل وظائف الأنا كما تظهر فى أحلام المرضى السيكوسوماتيين

إن الأنا هو الجهاز الإدارى للشخصية لأنه يسيطر على منـافذ الفعـل والسلوك ويختار من البيئة الجوانب التى يستجيب لها ويقرر الغرائز التى سوف تشبع والكيفية التى يتم بها هذا الإشباع.

(هول وليندزى ١٩٧٨ -٥٥)

فالأنا يناضل ويكافح التهديدات التى تأتى له من العالم الخارجى كذلـك الدوافع والمشاعر والذكريات التى تأتيه من العقل (العالم الداخلى).

ويستخدم الأنا كذلك لهذا الكفاح العمليات العقلية والتـــى تعتمـد علـــى أساس قوتها المعرفية والتكيفية.

ومن المهم ملاحظة أن هذه العمليات التى تدير وتتعــامل مـع العــالم الخارجى شعورية وقبشعورية أما العمليات التى تتعامل وتواجهة العالم الداخلـــى فتميل إلى أن تكون لا شعورية ويحتوى الأنا فى تنظيم علـــى قوائـم متنوعـــة ومختلفة من العمليات العقلية المعروفة بميكانيزمات الدفـــاع ومنـــها العمليـــات الأولية كالكبت والإسقاط والنقل.

(Stanley cheren, M.D 1989 - P.135 : 136)

وهناك سؤال يفرض نفسه علينا ألا وهو ما هى العلاقة بيـــن العنـــاصر المهددة الداخلية وميكانيزمات دفاع الأنا فى المرض السيكوسوماتى

إن موقف الأنا الخاص بالمرضى السيكوسوماتيين يختلف عـــن موقـــف الأنا لدى مرضى العصاب والذهان.

حيث نجد أن الأنا فى مرضى العصاب والذهان يتعامل مـــع العنـــاصر المهددة ويستخدم ميكانيزم دفاعى يحاول من خلاله عمل تسوية للصراع

أما فى المرضى السيكوسوماتيين لا يحدث الأنا تسوية ويفشل الأنا فـــى عمل أى اتصال مع العناصر المهددة الداخلية التى تمثل تهديدا له.

وقد تمهل الباحثون فى وصف العلاقة بين العناصر الداخليـــة المـــهددة والأنا لدى المرضى السيكوسوماتيين وربما يرجع السبب فى ذلك إلى أن طبيعـــة أعراض المرضى السيكوسوماتين جسمية أكثر منها نفســـية ولاتحتـــوى علـــى تبرير للشظايا الداخلية الواردة من العالم الداخلى والتى يمكن أن يمكننا من إعادة بناء العمليات المؤدية إلى تكوين الأعراض فى العصاب والذهان ويكـــون مـــن الطبيعى فى هـــذه الحالـــة أن نركـــز الإنتبـــاه علـــى افـــتراض أن المرضـــى السيكوسوماتيين يتعاملون مع العالم الخارجى ، أى ان المرضى السيكوســـوماتيين يتعاملون مع العالم الخارجى كعالم مهدد.

وليس من الغريب أن نجد كل الميكانيزمات الجسمية توضح التغـــيرات المؤدية للأمراض السيكوسوماتية وأن كل الإســـتجابات للأخطـــار فـــي العـــالم الخارجي.

وقد لوحظ عدم وضوح العمليات النفسية التـــي أدت إلـــى الأعـــراض الجسمية للمرضى السيكوسوماتيين. بينما نجد أنه من الممكن الحصـــول علـــى العلاقة بين العناصر المهددة الداخلية وميكانيزمات دفاع الأنا من خلال النظـــر إلى الجوانب المركزة للسلوك وشرح محتوى أحلامهم.

(Stanley cheren, M.D 1989 - p.137)

ومن خلال تحليل أحلام المرضى السيكوسوماتيين نجد سيادة نماذج مـــن الأحلام لافتة للنظر متشابهة لدى السيكوسوماتيين بصرف النظر عن التشـــخيص تكشف هذه النماذج عن البناء العقلى المشترك لهذه المجموعة من المرضى.

وهذه النماذج هي:-

١-أحلام تحتوى على أفعال وحشية قصوى هذا النموذج يعكس غريزة العـدوان الحادة الشديدة بالإضافة إلى فشل أنا المريض فى أن يعادلها أو يحيدها.

٢-الأحلام فى شخصية الحالم نفسه فهى معرضة لعنف شـــديد ويشـــبه هـــذا النموذج النموذج السابق ويعكس فشل أنا المريـــض فـــى تحييـــد غريزتـــه العدوانية الحادة وفشله فى تحييدها بعيدا عن الذات.

٣-أحلام تحتوى على فعل السفاح. ويفسر هذا النمط من الأحلام غريزة الطاقـة الجنسية المحرمة وفشل الأنا فى التحكم فيها.

٤-الأحلام التى تحتوى على خصائص الآخر أكثر من مشاعر وخبرات الحـــالم نفسه ويعكس هذا النموذج المشاعر القوية الفعالة بالإضافة إلى فشل الأنا فى أن يقهرها بصدمة بينما يؤثر الأنا على المشاعر فهى مثيرة لنقـــل الشـــعور بهم فى سمات حلم آخر.

ونلاحظ أن نماذج الأحلام الأولى توضح فشل وظائف الأنا بينما في النموذج الرابع تبين فشل كلى لهذه الوظائف.

(Stanley Cheren, M.D 1989- p.137:139)

وفى كل الأحوال يظهر المرضى السيكوسوماتيين نضجاً عاليا وتكيفا فى وظائف الأنا وذكاء وذاكرة واختباراً عاماً بالواقع وأن وظائف الأنا الدفاعية دائما ما يكون من الصعوبة تقسيمها لكن بوجه عام فإن النكوص لدفعات بدائية يشاهد فى حالة الأنا المتغيرة ويتضح هذا فى المحاولات النهائية غير الناضجة للأنا للسيطرة على الضغوط الداخلية والخارجية لمواقف الشدة التى تسبق الهجوم.

(محمود أبو النيل ١٩٨٤-١٠٥)

تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية

يتفق العلماء بصورة عامة على المحددات الخاصة بالأمراض السيكوسوماتية والتى تميزها عن غيرها من الأمراض العضوية والذهائية والعصابية أو ما يطلق عليه الحالات البيئية.

(عبد المنصف غازى ، محمد عبد الظاهر الطيب ١٩٨٤ - ٦٩)

"يذهب فيس وانجلش الى أن هناك نوعاً من الإفتراضات التى تساعد فى التشخيص السيكوسوماتى مثل التاريخ الأسرى الذى يبين الجوانب النفسية والإجتماعية مثل تقمص أب المريض ووجود شواهد العضاب فى الطفولة والتى تعتبر مقدمه لعصاب الشباب والحساسية لعوامل إنفعالية خاصة والتى تحدث فى البلوغ والزواج وميلاد الطفل وبناء الشخصية الخاص والسلوك الخاص".

(محمود أبو النيل ١٩٨٤ - ٩٣)

و قد توصل هاليداى الى معادلة مكونة من ست نقط يستطيع من خلالها تشخيص الأمراض السيكوسوماتية بحيث بمعادلة النقاط الست لهاليداى :

١-الإنفعال كعامل معجل حيث يرى هاليداى الى أن المريض يكون مدفوعا غالبا بإضطراب إنفعالى والذى كان استجابة غير مفهومة لحادثة واضحة الإضطراب وأحيانا يبدو أن طبيعة الحادثة بسيطة بالمعنى الموضوعى وغير كافية فى حد ذاتها لتسبب رد فعل انفعالى عميق فى أى شخص عادى لكن عند بحث شخصية المريض وتاريخ حياته الماضى نجد أن مثل هذه الحوادث الصغيرة تكون كالقشة التى قسمت ظهر البعير.

٢-*نموذج الشخصية :* ويرى هاليداى أن كل نموذج خاص من الشخصية يميل لأن يكون مرتبطا بمرض خاص ويصف ٤ نماذج من الشخصية وهى :

(١) النموذج الهستيرى.
(٢) النموذج الزائد الحساسية.
(٣) نموذج القرحة.
(٤) نموذج الروماتيزم والتضحية بالذات.

٣-*معدل الجنس (ذكور - إناث):-* يرى هاليداى أن هناك اختلافا هاما من الناحية الجنسية إذ نجد زيادة لدى الذكور فى بعض العلل مثل الربو لدى الأطفال وقرحة الإثنى عشر ولدى الإناث كجحوظ العين ومرض المرارة وروماتيزم المفاصل.

٤-*الإرتباط بعلل سيكوسوماتية أخرى :-* وقد تحدث بعض العلل السيكوسوماتية المختلفة لدى الفرد فى آن واحد.

٥- *التاريخ الأسرى :* إذ تعطى نسبة عالية من الحالات دلالات تاريخية لآباء وأقارب وأخوة عندهم نسب الإضطراب.

٦- *ظهور صورة المرض :* ويذهب فيس وانجليش الى القول بأنه لابد من أن ننظر للشخص داخل المريض فلقد لاحظ دائما أن المريض الذى يصر على أن لديه "مرض جسمى" يكون عرضه لأن يعانى من اضطراب أصله إنفعالى فى حين أن المريض الذى يصر على أن مرضه نفسى يكون لديه غلبا مرض عضوى.

(محمود أبو النيل ١٩٨٤ ،- ٩٣ : ٩٦)

الميكانيزمات الدفاعية فى الاضطرابات السيكوسوماتية

وقد تحدث محمود أبو النيل عن أهم الميكانيزمات التى تعمل فى الإضطرابات السيكوسوماتية وشملت هذه الميكانيزمات:-

(١) النكوص

يتضح حدوث النكوص فى دراسة لكلوس هوب ***(Klaus D. Hoppe)*** أثناء فحصة لـ١٣٨ حالة من حالات الاضطهاد فى معسكرات الحصر الألمانية حيث ميز فى هذه الدراسة بين الأوجاع السيكوسوماتية كوجع الدماغ المتوتر والأرق وبين الاضطرابات السيكوسوماتية كالربو والقرحة ووجد أنه فى مجموعة الاضطرابات السيكوسوماتية قد حدث نكوص لدى الجميع فيما عدا اثنين فقط إذ كانوا قادرين على الإعلاء ، بينما حدث نقوص لثلثى مجموعة ذوى الأوجاع السيكوسوماتية وتزايدت القدرة على الإعلاء مع نقص فى الغضب الشديد يقترن بالنكوص وأن عدم القدرة على الإعلاء تساعد على وقوع الاضطرابات السيكوسوماتية.

وتشير هذه النتائج إلى أن الغضب الشديد يقترن بالنكوص وأن عدم القدرة على الإعلاء يساعد على وقوع الاضطرابات السيكوسوماتية.

(محمود أبو النيل ١٩٨٤-١٠٥:١٠٦)

(٢) الاستعداد التكوينى :-

وقد تحدثت كثيراً من الدراسات عن دور الحالة الفسيولوجية والتى غالبا ما تكون موروثة وأحيانا ما تكون مكتسبة (مثل إصابة سابقة للعضو) فى الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وكما أشير لدور العوامل الجسمية والوراثية فى الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية افترض أيضا ميرسكى إلى دور العلاقة بالأم فى نمو الشخصية وفى تحديد أنماط ومواقف الصراع الاجتماعى وهى نظرية دائرية لأنها تفترض النتاج الجسمى- النفسى- الجسمى.

(محمود أبو النيل ١٩٨٤ - ١٠٧)

والذى أكد عليها ألكسندر فى وجهة نظره السيكوسوماتية التى ترى أنـــه يمكن دراسة التفاعلات السيوفسيولوجية بالرجوع إلى النموذج السيكوسـوماتى أو إلى النموذج سوماتوسيك فمؤثرات الفشل (الإخفاق) تتطلب وتظهر فى الوظـائف المعدية والدورية (نموذج سيكوسوماتى) أمـــا تـأثير الكحـول علـى التخيـل (Ideation) يتطلب هذا النموذج السوماتوسيك.

وببساطة فإن اختيار الأسلوب أو المنهج المناسب تمليه علينـا الظـاهرة الملحوظة.

(٣) الرمزية والنوعية.

توضح كتابات سبرلينج وجارما اللذان حددا الدور الأول للميكانيزمـات والعمليات العقلية الأولى مثل التمثيل والاسـتدماج فـى تكويـن الاضطرابـات السيكوسوماتية.

(٤) التوازن فى التكيف (الصراع والدفاع)

ويظهر هذا التوازن فـى إسـتجابة الشـخص للضغـوط أو المواقـف الضاغطة وقد تبين أنه فى المواقف السيكلوجية الحادة توجد علاقة تبـادل بيـن تأثير عمليات دفاع الأنا وبين القشرة الكظرية وبين إنتاج هرمون النخاع.

(٥) رد الفعل لفقد الموضوع :-

ركـزت أعمـال إنجـل وأتباعـه (١٩٥٦ ، ١٩٦٢ ، ١٩٦٧ ، Schamale) الاهتمام على دور الفراق وفقد الموضوع ومكوناتهما المؤثـرة فى نشوء الاضطرابات الطبية ، وقد وجه إنجل الأنتباه لحقيقة هامة وهـى أن كل النظريات السيكوسوماتية السابقة ركزت مـن الناحيـة الفسـيولوجية علـى الحالات النشطة الخاصة بالهجوم والهرب .

(محمود أبو النيل ١٩٨٤ - ١١١)

أوضحت أعمال وولمان *Wolman, 1978* ووينجر *Weininger, 1972* كذلك أعمال شبيتز *Spitz, 1945* فاندرسال *vandersal, 1982* ليبست *Lipsite, 1950* وغيرهم

إلى دور العلاقة بالأم وبصفة عامة العلاقة بالموضوع والخوف من الانفصال وفقد الموضوع ومكوناتهم المؤثرة في نشأة الاضطرابات السيكوسوماتية.

(BejNjamin B.wolmen. 1988-19 : 24)

(٦) الكبت ذو الوجهين.

ويبينه ما قاله الكسندر ميتشرلينج أنه في كتابات فرويد الأخيرة إشارة لأسلوب الكبت ذي الوجهين فيقول : يحدث كل الكتب في الطفولة المبكرة أنه عبارة عن تدابير دفاعية بدائية بواسطة أنا غير ناجح ضعيف وفي السنين الأخيرة لم يتم كبت جديد لكن القديم ثابت وخدماته تستمر ليكون للأنا سيطرة على الغرائز وتصرف الصراعات الجديدة بواسطة ما نسمية (الكبت اللاحق) ويستطرد الكسندر قائلا بأن الكبت اللاحق لا يؤثر في الجهاز النفسي فقط لكن يمكن أن ينتج دائما تغيرات ذاتية مرنه بوظيفة عضو ما أو النظام الفسيولوجي للعضو (مثل الدورة الدموية الخارجية) (Peripheral Blood) وبناء على هذا الفرض فإن الأمراض السيكوسوماتية المزمنه تحدث إذا لم تكن عملية الدفاع على المستوى النفسي كافية جداً للمحافظة على التوازن.

(٧) التحول:

إن التحول هي طريقة يستخدمها الأنا ليدفع بالقلق بعيدا عنه وذلك بتوجيه التعبير عن الرغبات المكبوته إلى أعراض جسمانية ويؤثر الصراع العقلي في هذه الحالة في ارتياح الجسم وآدائه لوظائفة تأثيرا مباشراً

(محمود أبو النيل ١٩٨٤ - ١٠٧ :١١٣)

ويصفهما أحمد عزت راجح أن كل منهما تعبير عن صراعات انفعالية لاشعورية فكأنهما لهجتان مختلفان من لغة واحدة فلغة الجسد هى اللغة التى يعبر بها اللاشعورية عن محتوياته والأعراض سواء كانت عصابية أم ذهانية أو سيكوسوماتية بدائل ينوب بعضها عن بعض وكل بعضها محل بعض مادام الصراع اللاشعورى باقيا.

وكلا الصنفين من الأعراض (السيكوسوماتية - التحولية) يحتاج إلى العلاج النفسى الذى يستأصل هذا الصراع من جذوره علاوة على العلاج الجسمى بطبيعة الحال على الأمراض السيكوسوماتية على الأقل.

كما أن الربح الذي الذى يحصل عليه المريض هو من أوجه الشبه بين الإثنين حيث أن مريض الهستيريا التحولية يستدر بواسطة عرض مرضه عطف واهتمام المحيطين به ويقسم هذا الربح إلى الربح الأولى والذى يتمثل فى (حل للصراع) تخلص المريض من الموقف المثير للصراع وهو الهدف المباشر من المرض. والنوع الثانى هو الربح الثانوى وهو ما يجنيه المريض مثلا من العطف عليه فيشبع بذلك حاجته إلى عطف افتقده طوال جياته أو ما يجنيه من إدخال الهم والشقاء على من يحيطون به بما يحملهم من عناء وبما يكلفهم مما لايطيق فيشبع بذلك حاجته إلى العدوان عليهم والانتقام منهم. بالإضافة إلى حاجته المطوية فى أعماق نفسه إلى إنزال العقاب بنفسه واستخدامه المرضى كوسيلة لتعذيب نفسه.

وهذا يوضح سيكلوجيه المرض كما شرحها أ.د. مصطفى زيور والذى أضاف فيها أن سيكلوجية المرض الذى يتضمن الرغبة فى الداء والتشبث به حتى نوضح مسألة مألوفة لدى أطباء النفس ولاتزال مجهولة لدى الأطباء الباطنيين على الرغم مما لها من خطر فى ظاهرة المرض عموما.

(مصطفى زيور- ١٩٨٠ - ٢٣٩: ٢٣٨)

(على الخطيب ١٩٧٨-١٥)

وقد صنف (كل من عبد المنصف غازى ومحمد عبد الظـــاهر الطيــب) الأعراض فى هيستريا فى الفئات التالية :-

(أ) ***الإنفعالية :*** وهى المغالاة الهائلة فى القابلية للإيحــــاء وعــدم الاســتقرار الإنفعالى والتفكك ، وتفجرات انفعالية فى نوبات من البكاء والصراخ.

(ب) ***الشعورية :*** إنعدام الحساسية (Anesthesius) واضطرابات الوظـــائف الحسية من عمى وصمم ...إلخ الأوجاع الهيسترية وفقدان الذاكرة.

(جـ) الحركية : شلل حركى (دفاع فعل – شلل ارتعاشى- نوبات تشـــنجية – تصورات فى التناسق الحركى – الخرس الهيستيرى).

(د) الأعراض الأكثر خطورة : الولع بالأكاذيب-الهلوسات- الجولان النـائم- التخشب- الخبل الكاذب ولو أن اللوحة الإكلينيكية لهستريا التبدين تكثريـــة الشكل إلى أبعد حد.

(عبد المنصف غازى وآخرون ١٩٨٤-٥٧ : ٥٨)

وقد حاول فينخل أن يحدد الموقف ويرى أنه يجب التمييز فـــى المجـــال الفسيح الواقع بين الظواهر التحولية والاضطرابات الجسمية التى تخضع لتفســير بدنى خالص بين:

(١) مكافئات الوجدان.

(٢) نتاجات التغيرات فى كيمياء الشخص غــير المشــبع والمحتبــس (وهــى تعبيرات عن وجدانات لاشعورية).

(٣) نتاجات فيزيائية لاتجاهات لا شعورية أو نماذج سلوكية لاشعورية التحديد.

(٤) كل أشكال الإئتلاف بين هذه الإمكانيات الثلاثة.

(أوتوفينخل - ١٩٦٩ - ٣١٦ : ٣١٧)

ويرى محمود أبو النيل أنه "إذا لم يكن كل مرض جسمي مـــردود الـــى باعث نفسي فإنه يقوم بدور الباعث فكل ما يحدث فى الكائن الحى يؤثـــر علـــى الصراعات الفردية إلا أن ذلك لا يخول لنا أن نستخلص أية نتيجة تتعلق بـــأصل المرض إذ أنه يمكن الحكم عن الحمى أن تسبق الإكتشاف الطبى لورم ويحـــدث الإختلال فى وظائف الجسم آثاراً مباشرة على الحياه الإنفعالية وعلـــى النشـــاط وعلى طبيعة الصراعات الغريزية وشدتها ويتم ذلك بصفـــة خاصـــة بواسـطة الترابط العصابى الهرمونى وقد يسعى المريض بقدر متفاوت من الوعـــى الـــى مضاعفة مرضه والاجتماعية ويمكن أن يوقظ المرض عصابا كانت له بذور فى الطفولة أو أن يثير ما يسميه ترنز (باتونفروز) (العصاب النـــاتج عـــن مـــرض جسمي وفى حالات آخرى فإن ظهور المرض الجسمي يشبع حاجة مازوكية الى معاناه العذاب يؤدى الى جعل العصاب غير ذى موضوع وهذا ما يسميه فينكـــل الشفاء بالمرض".

(محمود أبو النيل - ١٩٨٤ –٨٣ : ٨٤)

وقد استنتج الكسندر ***(Alexander, 1950)*** أن التمييز بين الهســـتيريا التحولية التى يعتقد ألكسندر أنها تعبير رمزى عن مشكلات نفسية كمـــا أن كـــلا من الهستيريا التحولية والأمراض السيكوسوماتية كلا منهما استجابات لمؤثـــرات نفسية كما يرى أن الأعراض التحولية تعبـــير رمـــزى عـــن شـــحن إنفعـــالى لصراعات نفسية التى تحاول أن تجد لها منصرفا للتوتر الإنفعالى الذى أدى إلـــى الصراع كما أن الأعراض التحولية تحدث فى الجزء العصبـــى العضلـــى مـــن الجسم أو تحدث فى جهاز حسى مدرك وتكون وظيفة هذه الأعـــراض منظمـــة وتعبيرية ويكون التوتر الإنفعالى المؤدى على المستوى الخيالى.

أما عصاب العضو Organ Neurosis فهو لا يعبر عن الإنفعال بقـــدر ما هو استجابة جسمية تكيفية ليواصل الإستجابة الإنفعالية الحادثة دوريا. فضغـط الدم يرتفع تحت مؤثر الغضب وليس من الضرورى أن يعيش المريـــض هـــذا المؤثر على المستوى الخيالى.

(Benjamin B. Wolman 1988 – 22 : 23)

وقد أجمل عبد المنصف غازى ومحمد عبد الظاهر الطيب أوجه الإختلاف بين الهستيريا التحولية والمرض السيكوسوماتى فى ثلاث نقاط :

أولا : من حيث دلالة العرض ومغزاه :

فالأعراض الهستيرية تمثل إشباع لرغبة غريزية لا شعورية أو كفاحها أو الأمرين كليهما مما يجعلها تعبيرا رمزيا عن صراع لا شعورى وهى من هنا تنطوى على دلالة.

الأعراض السيكوسوماتية تخلو من كل دلالة رمزية للعرض الخاص بعضو ما ومعظمها أعراض شعورية ناتجة عن إزمان الإنفعالات النفسية واستمرارها لمدة طويلة مع بقاء المثير الخارجى أو الداخلى المسئول عن هذا الإضطراب مع الاستعداد الوراثى السابق على الإصابة ونمط الشخصية كعامل محدد.

ثانيا : من حيث سيطرة الجهاز العصبى :

تنشأ الأعراض الهستيرية فى الأعضاء التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الإرادى فنجدها تثير الوظائف الإدراكية بحركة الأطراف أو العمليات الإدراكية كالإبصار أو الأحبال الصوتية ولذلك تكون لها طبيعة إرادية.

تنشأ الإضطرابات السيكوسوماتية فى أجزاء من البناء الجسمى والتى تستثار بواسطة الجهاز العصبى المركزى اللاإرادى كالمعدة والشعب الهوائية والجلد والشرايين ولا يمكن فصل آلية التحكم فى كلا من الجهاز العصبى المركزى والجهاز العصبى الأوتونومى اللاإرادى الذى يتأثر بالإنفعالات وخصوصا إزمانها مع حالات الإضطرابات السيكوسوماتية.

ثالثا : من حيث الميكانيزم الدفاعى المستخدم

تتميز الهستيريا التحولية بميكانزم الكبت فالهستيريا عصاب نفسى ينجم عن صراع ما بين الأنا والنزعات البدائية للهى.

بينما نجد أنه فى الإضطرابات السيكوسوماتية أن أهم ميكانيزم دفاعى هو الإنكار.

(عبد المنصف غازى ، محمد عبد الظاهر الطيب ١٩٨٤ - ٥٧ : ٦٢)

ويرى أوتوفينخل "أن الإختلاف بين مريض البدن والذهان هو بكل تأكيد اختلاف هائل ولكن هنا أيضا وجوه شبه بارزة على وجه التحديد فقدان الإهتمامات المتجهة للخارج وتزايد ملاحظة الذات والإهتمام بالذات إن المريض البدنى قد ألقى جانبا صغيرا من الليبيدو ولو لوقت قصير فقط إلى نفس هذا المصير الذى فرضه الذهانى على كل الليبيدو تقريبا".

(أوتوفينخل ١٩٦٩ - ٣٧٧ : ٣٧٨)

ويمكن إيجاز أوجه الإختلاف بين الهستيريا التحولية والأمراض السيكوسوماتية فى الجدول التالى :

جدول رقم (١) : يوضح أوجه الإختلاف بين الهستيريا التحولية والأمراض السيكوسوماتية

	أوجه الإختلاف	الهستيريا التحولية	الأمراض السيكوسوماتية
١	دلالة العرض	له دلالة رمزية لا شعورية.	ليس له دلالة رمزية حيث أن الأعراض استجابة جسمية تكيفية لإزمان الإنفعالات.
٢	من حيث سيطرة الجهاز العصبى	يسيطر عليها الجهاز العصبى المركزى الإرادى.	يسيطر عليها الجهاز العصبى اللاإرادى.
٣	من حيث القلق	تخفف من حدة القلق لأنها بديل للقلق.	لا تخفف من حدة القلق.

٤	من حيث الإصابة	لا تعد الإصابة حقيقية حيث أنه بتشريح العضو المصاب نجد أنه لا يعانى تغييرا حقيقيا.	الإصابة تعد حقيقية لأنها تتضمن تغير فى تشريح العضو أى تحدث من خلل وظيفى حقيقى فى العضو.
٥	من حيث الميكانيزم الأساسى	الكبت هو الميكانيزم الأول وهى أستجابة لإنفعال مؤقت.	الإنكار هو الميكانيزم الأول استجابة لإنفعال دائم.

ونخلص مما سبق إلى أن أعراض الإضطرابات السيكوسوماتية هي أعراض جسمية تنتج استجابة لإنفعالات مزمنة وهى لا تخفف من حدة القلق ولكنها استجابة تكيفية للإنفعال وتحدث خللا وظيفيا حقيقيا فى العضو المصاب أما أعراض الهستيريا التحولية فهى أعراض جسدية تنتج استجابة لإنفعال مؤقت تخفف عند حدوثها من حدة القلق ولا يصاب العضو إصابة حقيقية.

الفصل الثالث

مفاهيم الدراسة

- عرض التعريفات واستخدامات مفهوم الذات.
- وظائف مفهوم الذات.
- خصائص مفهوم الذات.
- أنواع مفهوم الذات .
- دلائل قوة الذات.
- صورة الجسم ومفهوم الذات.
- الجلد ومفهوم الذات.
- نبذة مختصرة عن تركيب الجلد.
- وظائف الجلد.
- أسباب الأمراض الجلدية.
- الارتيكاريا (وصفها وتعريفه وأسبابها وأنواعها)
- الإكزيما (وصفها وتعريفها وأسبابها وأنواعها)
- الصدفية (وصفها وتعريفها وأسبابها وأنواعها)

مفهوم الذات

Self-concept

يعد مفهوم الذات موضع اهتمام الكثير من الباحثين فى مجال علم النفس فهو أحد المتغيرات الهامة فى الشخصية .

وقد تعددت وتنوعت تعريفات علماء النفس والباحثين وبخاصة المهتمين بسيكولوجية الذات للذات حتى ليصعب حصرها. وهذا شأن العديد من المفاهيم والمصطلحات النفسية. ولا شك أن تلك الإختلافات تعد إثراءا لتلك المصطلحات.

"وقد اختلف العلماء فى نظرتهم إلى مصطلح الذات وفى إحساسهم بأهميته ودوره فى تفسير السلوك الإنسانى والشخصية " . فقد استخدم مصطلح الذات self فى الدراسات والبحوث النفسية بمعان مختلفة تناولها كثير من العلماء أمثال "وليام جيمس ، فرويد ، سوليفان ، البورت ، وروجرز ، ... الخ وذلك تبعا لدلالات يشير إليها استخدامان متمايزان .

أولا :- الاستخدام الأول الذات كموضوع self as object

وفى هذا الجانب تعرف الذات بأنها مجموعة من اتجاهات الشخص ومشاعره ومدركاته وتقييمه لنفسه كموضوع وبهذا المعنى تكون الذات فكرة الشخص عن نفسه .

ومن العلماء الذين تبنوا مصطلح الذات كموضوع سنيج وكومز حيث يعتقد كل من سنيج وكومز أن الوعى سبب للسلوك وأن ما يعتقده المرء وما يستشعره يحدد ما سوف يفعله ويرى أن الذات الظاهرية هى جزء من المجال الظاهرى فالذات الظاهرية موضوع لأنها تتكون من خبرات الذات .

(هول وليندزى ١٩٧٨ - ٦٠٢ : ٦٠٣)

وكذلك أدلر فقد تحدث عن الذات الخلاقة واعتبرها صاحبة السيادة في بناء الشخصية. " ويرى أن الإنسان هو مفسر الحياه ومترجمها ، فهو ينمي تراكيب الذات من ماضيه الموروث ويترجم انطباعات حياته اليومية ويبحث عن خبرات جديدة لإشباع رغبته في التفوق والسيطرة ويظهر هذا كله في خلق ذات تختلف عن كل ذوات الآخرين .

(سيد غنيم ١٩٧٢ - ٢٠٣ : ٢٠٤)

كما يعتبر ساربين ١٩٥٢ الذات بناء معرفيا يتكون من أفكار المرء عن مختلف نواحي وجوده . وتكتسب هذه الذوات التي تعتبر أبنية تحتية للبناء المعرف الكلي .

كما يحدد كولي Cooley الذات أنها ما يشار إليه في الحديث العادي باستخدام الضمائر الخاصة بالمتكلم المفرد مثل أنا I ، ملكي Mine ، نفسي Myself .

(رمضان توفيق قديح ١٩٨٤ - ٢٢)

أما روجرز فيرى أن الذات هي الجزء المتمايز من المجال الظاهرى وتتكون من نمط للإدراكات والقيم الشعورية " للفرد أو للكائن " بالنسبة لأنا " I" or "me" .

(هول ليندزى ١٩٧٨ - ٩١٢)

ثانيا :- الإستخدام الثاني للذات : الذات كعملية Self as a process

فالذات بهذا المعنى هي فاعل بمعنى أنها تتكون من مجموعة نشيطة من العمليات كالتفكير والتذكر والإدراك . أي أنها العمليات النفسية التي تحكم السلوك والتوافق كالتفكير والإدراك .

<u>ومن أمثال الذين تبنوا مصطلح الذات كعملية :</u>

اعتبر يونج الذات معاملة للنفس أو الشخصية الكلية فالذات هـــى نقطــة الوسط أو المركز فى الشخصية تتجمع حولها جميع النظم الأخرى وهى تجمـــع هذه النظم معا وتمد الشخصية بالوحدة والتوازن والثبات وهى بذلك تتميز بأنـــها جزء من الحياة العقلية وهى تقوم بتنفيذ الأفعال النفسية والعقلية .

(سيد غنيم ١٩٧٢ - ٧٥٠)

وقد تحدث هارى ستاك سوليفان عن نظام الذات ودوره فى حماية الفـرد وأمنه من الحصر والنقد " ويشير مصطلح الذات إلى البيانـــات المعرفيـــة التـــى توفر ميكانيزمات مرجعية وإلى مجموعة من الوظائف الفرعية لإدراك والتقويـــم وتنظيم السلوك ".

(جابر عبد الحميد جابر ١٩٨٦ - ٤٣٣ : ٤٣٤)

كما ميز سيموندس بين الذات والأنا فيرى أن الأنا هى مجموعـــــة مـــن العمليات هى الإدراك والتفكير والتذكر المسئولة عن تطوير وتنفيذ خطة عمـــل للوصول إلى إشباع استجابات البواعث الداخلية كما يعرف الذات بأنها الأســـاليب التى يستجيب بها الفرد لنفسه .

(هول ليندزى ١٩٧٨ - ٦٠١)

أما شين ***(Chein 1944)*** فيرى أن الذات ليست موضوعا للوعى وإنمـا هى محتوى الوعى وليس لها وجود واقعى خارج هذا الوعى أما الأنا فهو بنـــاء معرفى ينبنى حول الذات .

ويحدد كوفكا ***Kofka*** الذات والأنا فاعل مثلما هى موضوع فهى تتكـون من نظم من التوترات تتفاعل مع البيئة وتعزى التغيرات فـــى الســلوك إلـــى " تغيرات فى الأنا – المجال الجشطاليتية العظمى " – كما أن الذات هـــى لـــب أو نواة الأنا وتشبه الأنا عند كوفكا فى هذه الناحية الشخص عند ليفين وهو تشـــابه

يعترف به كوفكا نفسه فالأنا بوصفها تنظيما يتكون من نظم التوترات التى تـؤدى عملا ما .

أما عند فرويد فالأنا هو الجهاز الإدارى للشخصية وذلك لأنــه يســيطر على منافذ العقل والسلوك يختار من البيئة الجوانب التى يستجيب لـــها ويقــرر الغرائز التى سوف تشبع والكيفية التى يتم بها هذا الإشباع ولم يميز ألبورت بيـن الأنا والذات فقد استخدمها كمرادفين .

فنجد أنه جعل على قمة هذه المراحل الجوهر المميز للفرد والذى يتمـيز بالإتجاه والقصد مما يساعد على تحديد أهداف الفرد وقد اختار ألبـــورت لــهذه المرحلة المميزة لنمو الذات اسم الذات الممتدة أو المميزة .

(هول ليندزى ١٩٧٨ – ٦٠٧ : ٦٠٨) (سيد غنيم ١٩٧٥ – ٧٥٤)

والذات عند روجرز هى الجانب المحورى من نظريته والذى أقر فيـــها بأن الإنسان يمكن أن يخبر ذاته شعوريا. كذلك فخبرة الشخص يمكن أن ينقلـــها إلى الفاحص مباشرة عن طريق التقارير الذاتية وذلك لأن الشخصية تفصح عــن نفسها فيما يقوله الشخص عن نفسه .

ويقرر روجرز بأن تحقيق الذات يتطلب قبول الذات والذى يتمثــل فــى الإجابة على سؤال من أنت ؟ ولكن كل إنسان يخبر بعــض التعارضــات بيــن الذات وبعض الخبرات الشخصية قد يؤدى به إلى إنكار مشـــاعره . ويــرى أن الإنسجام التام بين الخبرة والذات أمر يستحيل وربما يؤدى إلى سوء التوافق .

(Lester. M. 1995 – 485)

وقد أورد روجرز عدة خصائص للذات يمكن تلخيصها فى أنــها تتــأثر بعدة جوانب منها:

(١) الوراثة والبيئة.
(٢) الآخرين المحيطين بالشخص والأسرة فى حياته.
(٣) النضج والتعليم.

(٤) حاجات الفرد.
(٥) الموجهات التى يتعرض لها الشخص كالمعتقدات والقيم والإتجاهات والأخلاقيات.

من العرض السابق لآراء بعض الباحثين الذين تناولوا الذات يتضح لنا أنهم قد اختلفوا فى نظرتهم للذات وفى إحساسهم بأهميتها ودورها فى تفسير وتوجيه السلوك .

وقد انقسموا فى ذلك إلى تيارين فى استخدامهم لها فمنهم من استخدم الذات كموضوع مثل سينج وكومز وأدلر وساربين وكولي كذلك هناك من استخدامها كفاعل مثل يونج ، هارى ستاك سوليفان وسيموندس ومنهم من صبغها بالغموض وعدم الوضوح وعدم التمييز بينها وبين الأنا مثل ألبورت أو كوفكا حيث اعتبر الذات نواة الأنا كما نجد من الباحثين من جعلها مركزا لأعمالهم ومفهوما رئيسيا مثل كارل روجرز والذى ينتمى إلى الإتجاه الفينومينولوجى.

كذلك فقد تناولته كثير من الإتجاهات والنظريات واعتبرت معظمها أن مفهوم الذات هو نواة الشخصية وهو المعنى المجرد لإدراك الفرد لنفسه جسميا وعقليا واجتماعيا فى ضوء علاقاتنا بالآخرين .

وقد عرفه سهير كامل وصفوت فرج بأنه (ذلك المكون أو التنظيم الإدراكى غير واضح المعالم الذى يقف خلف وحدة أفكارنا ومشاعرنا والذى يعمل بمثابة الخلفية المباشرة لسلوكنا أو بمثابة الميكانيزم المنظم والموحد للسلوك) . وهذا التعريف الذى أخذت به الباحثة فى هذه الدراسة .

(ويليم فيتس ١٩٨٥ - ٧)

وظائف مفهوم الذات

يعتبر مفهوم الذات من المصطلحات التى صعب على الباحثين تعريفها تعريفا إجرائيا . كما أنه تتدخل فى تكوينه عدد من العناصر والعوامل الذاتية أو العوامل الخارجية مثل العوامل الإجتماعية والبيئية المحيطة بالفرد .

ولمفهوم الذات أهمية بالغة فى توجيه السلوك فيقوم بدور الدافع لسلوك متكامل منظم والمساعدة على تماسك واتساق وتفسير هذا السلوك فاتجاهات الفرد نحو ذاته أو نفسه تعمل على تماسك واتساق الجوانب المختلفة للشخصية كما أنه يكسبها طابعا متميزا .

ويؤكدها حامد زهران ١٩٨٠ على دور مفهوم الذات فى توجيه السلوك واعتبره حجر الزاوية فى العلاج النفسى المتمركز حول العميل .

ويرى أن " لمفهوم الذات وظيفة دافعية وتكامل وتنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذى يوجد الفرد فى وسطه . وكذا فإنه ينظم ويحدد السلوك .

وينمو مفهوم الذات تكوينيا كنتاج للتفاعل الإجتماعى جنبا إلى جنب مع الدافع الداخلى لتأكيد الذات وبالرغم من أنه ثابت إلى حد كبير إلا أنه يمكن تعديله وتغييره تحت ظروف معينة ".

(حامد زهران ١٩٨٠ - ٨٣)

واتفق أنسى قاسم ١٩٩٤ مع حامد زهران فى دور مفهوم الذات فى توجيه السلوك حيث يشير إلى أن مفهوم الذات مفهوم متعلم مكتسب من خلال الخبرات ومن ثم فهو ينشأ نتيجة للعلاقات الإجتماعية وهو يعمل على تنظيم سلوك الفرد وتوجيهه وبالتالى يحافظ على اتزان الفرد ويعمل على إبقائه عن كل ما يهدد اتساقه وتكامله وبهذا إن اضطراب مفهوم الذات يؤدى إلى اضطراب سلوك الفرد وهو يتضمن جوانب ايجابية وسلبية تجاه جوانب الشخصية الجسمية والعقلية والإجتماعية والإنفعالية ".

وإذا نظرنا إلى ما تحدث عنه حامد زهران وأنسى قاسم نجد أنه مفـــهوم متصل بالتوافق النفسى بخاصة والتوافق الشخصى بعامة فالعلاقة بيـــن التوافـــق ومفهوم الذات علاقة طردية فكلما كان الفرد سئ التوافق انحطت نظرتـــــه إلـــى نفسه والعكس كلما كان الفرد حسن التوافق كلما ارتفعت نظرته إلى نفسه فمفهوم الذات هى الطريقة المثلى لفهم سلوك الفرد عن طريق معرفة الإطار المرجعـــى للفرد المراد التنبؤ بسلوكه .

كما أننا يمكننا القول بأن مفهوم الذات ذو طبيعة تقييمية تتميز بقدر كبـير من عدم الثبات وعدم الإتساق وهذا ما أكد عليه *(روى.ف.باســتر Roy. F. Aumeister 1993)* فهو يرى أن تقدير الذات يصاحب مفهوم الذات ويتضـــح ذلك عند المقارنة بين الأشخاص ذوى التقدير المرتفع للـــذات نجـد أن لديــهم مفهوما ايجابيا لذواتهم والأشخاص ذوى التقدير المنخفض للذات لديـــهم مفـــهوم سلبى عن الذات .

ويؤكد باستر *(Aumeister, 1993)* على ضرورة معرفـــة معلومـــات عن الذات كى نتمكن من معرفة ومنهم أثـــر تقديـــر الـــذات علـــى الوظـــائف الإجتماعية .

ويؤكد جيرى *(Jerry Suls, 1993)* على أن الإتجاه العام الإيجـابى أو السلبى نحو الذات – أى اتجاه القبول أو الرفض – يرتبط بتقدير سمات إيجابية .

(Jerry Suls 1993 – 28)

كما أن الفرد وتقديره لذاته وما يعتقده عن نفسه وما يعتقد أنه يمتلك مـــن صفات وسمات إيجابية أو سلبية تؤثر تأثيرا بالغا فى عملية الإتصـــال والتفـــاعل مع الآخرين .

ولقد عرف كوهن ، كاشمان **(Cohn & Cushman 1985)** الإتصـــل " بأنه صدق مفهوم الذات لدى الفرد " ويرى أن المعلومات التى يكتسبها الفـــرد عن نفسه لا يكتسبها اجتماعيا أو نفسيا فقط ولكنها تتحـــدد بتفـــاعل الفـــرد مـــع الآخرين كما أنها تعتمد على مهارات اتصالنا بالآخرين .

(Donald.p. Cushman & Duellay od. Cohn, 1985 – 19)

خصائص مفهوم الذات

أولا : مفهوم الذات شخصى " ذاتى "

وقد يكون مفهوم الذات لدى الفرد ايجابيا أو سلبيا ويمكن أن يتعرض للتشويه أو التحريف . فهناك من لهم مفهوم سلبى غير واقعى عن أنفسهم وهنالك من يرون أنفسهم أكثر قسوة من الحقيقة الموضوعية الواقعية لشخصيته كما أن هناك من يرون أن لديهم مفهوما إيجابيا غير واقعى عن ذواتهم كمن يرون أنفسهم أذكياء لمجرد تقبل الآخرين لهم .

(Ronald B. Adler & et al., 1990 – p. 61)

ثانيا : مفهوم الذات متعدد الأبعاد

ويعتبر وليم جيمس أول من قسم مفهوم الذات أو الذات التجريبية إلى أبعاد مختلفة فقد صنفها إلى الذات الروحية والذات المادية والذات الإجتماعية والذات الجسمية.

وقد قسم فيرنون ***Vernon*** الذات إلى الذوات الإجتماعية أو العامة والتى يعرضها الفرد للمعارف والغرباء والذات الشعورية الخاصة كما يدركها الفرد عادة ويعبر عنها لفظيا ويشعر بها والذات البصيرة التى يتحقق فيها الفرد عادة عندما يوضع فى موقف تحليلى شامل . أما الذات العميقة أو المكبوتة التى نتوصل إلى صورتها عن طريق التحليل النفسى .

(حامد زهران ١٩٨٠ – ٨٦)

وقد قسمتها كارين هورنى إلى ذات واقعية وذات مثالية وقسمها كاتل إلى الذات البنائية والذات المثالية والذات العقلية . وقسمها رونالد أدلر ونيل تاون Ronaled Adler إلى الذات المدركة Perceved Self والواقعية والذات المثالية أو المرغوبة Desired Self والذات الحاضرة أو العامة Presented Self وهى الوجه الذى نحاول أن تظهر به للآخرين.

وقد ساهم العديد من الباحثين والعلماء فى تحديد الأبعاد التى يتكون منها مفهوم الذات وذلك بهدف إمكانية دراسته والتحقق التجريبى منه وقد قسمته إحسان محمد الدمرداش ١٩٧٦ إلى :-

(١) أفكار الفرد الذاتية المتسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية والخارجية وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التى تحدد خصائص الذات كما تنعكس إجرائيا فى وصف الفرد لذاته كما يتصورها " الذات المدركة " .

(٢) المدركات والتصورات التى تحدد الصورة التى يعتقد أن الآخرين يتصورونها والتى يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الإجتماعى مع الآخرين other self .

(٣) المدركات والتصورات التى تحدد الصورة المثالية Ideal self .

(إحسان محمد الدمرداش ١٩٧٦ - ٤٠)

وهكذا اتفق العديد من الباحثين على تقسيم مفهوم الذات إلى عدة أبعاد منها البعد الواقعى أو الذات الواقعية كما يطلق عليها رونالد أدلر ١٩٩٠ وإحسان الدمرداش ١٩٧٦ أو الذات العقلية كما يطلق عليها كامل وتمثل الذات الواقعية معتقدات الشخص عن مهاراته وذكائه ومواهبه وسماته أو بمعنى آخر إدراك الفرد لنفسه بالفعل وربما تكون صورة رقيقة وربما تكون محرفة أو مشوشة .

البعد الثانى وهو الذات المثالية أو المرغوبة وقد اتفق معظم الباحثين على وجود هذا البعد واعتبروه الصورة التى يتمنى الشخص أن يكون عليها ويحاول الشخص أن يساوى بين هذين البعدين الذات الواقعية والذات المثالية أما الأبعاد الأخرى مثل " الذات الجسمية ، الإجتماعية ، الشخصية " فقد اختلفوا فى تحديدها وتقسيمها .

ثالثا : مفهوم الذات " مرن " *Flexible*

ومفهوم الذات قابل للتغيير فنحن نتغير من موقف إلى موقـف فنتحـدث بشكل مريح مع الأشخاص المألوفين لنا ونشعر بالإرتباك مع الذيـن لا نعرفـهم ومن أهم وظائف مفهوم الذات هى توجيه السلوك ومـن هـذا المنطلـق فإننـا نتصرف بطريقة تحافظ على مفهوم الذات الواقعية لدينا وهذا لا يعنى أن مفـهوم الذات سريع التغير أى أننا يمكننا تغيير مفهومنا عن ذاتنا فى فـترات قصـيرة ولكن هناك كثيرا من سمات الشخصية التى تظل ثابتـة لسـنوات عديـة دون تغيير.

رابعا : مفهوم الذات يقاوم التغير

وعلى الجانب الآخر نجد أننا نتغير وينعكس هذا التغـير علـى مفـهوم الذات لدينا ويكون فى نفس الوقت لدينا ميل قوى لمقاومة تغير إدراكنـا لذاتنـا فحين نواجه الحقائق التى تختلف مع الصورة العقلية التى أقمناها لأنفسنا يكـون لدينا الميل لمخالفة هذه الحقائق والتعلق بالإدراك السابق للذات .

ويمكن كما سبق أن أشرنا أن يتعرض مفهوم الذات للتشويه أو التحريـف وقد يرجع ذلك إلى أننا ندرك ما يتسق مع الذات .

ويمكن أن نرجع هذا التشويه أيضا إلى :

١-الخبرات السابقة للفرد أو مجموع الخبرة وكما يطلق عليها كارل روجـرز المجال الظاهرى.

٢- التفاعل الإجتماعى والذى يتمثل فى رأى الآخر أو دور الآخر فـى بنـاء مفهوم الذات .

٣-البيئة الإجتماعية للفرد والتى تؤثر فى تقييم الذات .

وقد حدد رونالد آدلر Ronald B. Adler الأسباب التى تحدث تحريفـا وتشويها فى مفهوم الذات لدى الفرد وهى كالآتى :

١- تشويه تقييم الذات Self Evaluation

وهذا التشويه قد يحدث لعدة أسباب منها المعلومات الشخصية السابقة مثل تأثير الفشل السابق فى الخبرات المدرسية أو الفشل فى العلاقات الإجتماعية والتى تترك أثرا بعد حدوثها ويرى أدلر أنه ليست كل الخبرات الفاشلة تتنبأ بالفشل وليست كل الإنجازات السابقة تتنبأ بالنجاح وتتضمن النجاح المستقبلى.

٢- تشويه التغذية المرتجعة Distorted Feed Back

ويمكن أن تخلق صورة ذات للشخص أسوأ أو أفضل من الواقع فنجد أن الآباء ذوى الفقد الزائد لأبنائهم أحد الأسباب التى تحدث صورة ذات سالبة فالفرد يتلقى باستمرار أثناء تفاعله مع الآخرين رسائل قد تكون غير واقعية " أو خيالية " فالعناية الزائدة والتدليل الزائد للطفل قد يؤدى إلى تضخيم أنا الطفل .

٣- التأكيد على الكمال

فالفرد يميل إلى عدم إظهار أخطائه ويميل إلى أن يكون محل إعجاب الآخرين وغالبا ما يقوم الشخص بإقناع نفسه بما يرتبط بالتوقعات الإجتماعية فحينما نصف شخصا بأنه متواضع فإننا نجد سلوكه مقبولا ويتفق مع ما وصف به من تواضع .

(Ronald B . Adler & et al., 1990 – 61 : 62)

ويمكن أن نوجز ما سبق إلى أنه من الأسباب العامة لتشويه مفهوم الشخص عن ذاته تأثير الخبرات السابقة للفرد أو مجموع الخبرة كذلك للآخر دور فى الوعى بالذات والذى يتمثل فى الوالدين والمحيطين بالفرد والمجتمع الذى يعيش فيه الفرد والذى ينضح بقيم وعادات وتقاليد تؤثر تأثيرا قويا على مفهوم الفرد عن نفسه..

أنواع مفهوم الذات

١ - المفهوم السلبى للذات :

وينطبق هذا المفهوم على مظـــاهر الإنحرافـات السـلوكية والأنمـاط المتناقضة مع أساليب الحياة العامة للأفراد ، والتـــى تخرجـــهم عـــن الأنمـاط السلوكية العادية المتوقعة من الأفراد فى المجتمع وهذا المفهوم السلبى يتضح من أسلوب حديث الفرد أو تصرفاته الخاصة وتعاملاته أو من تعبيره عن مشـــاعره تجاه نفسه وتجاه الآخرين مما يجعلنا نصفه بالعدوان أو عدم الذكاء الإجتمـــاعى أو الخروج عن اللياقة فى التعامل أو عدم احترام الذات ، ومثل هؤلاء الأفـــراد غالبا ما يعانون من أنواع من السلبية هى :-

الأول : يظهر فى عجز الفرد عن التوافق مع العالم الخارجى الذى يعيـــش فيـــه ونجده دائما يشعر بأن ليس على مستوى الآخر وأنه محمـــل بالمشـــاكل والهموم كما يشعر بعدم الاستقرار النفسى وعدم الإطمئنان فى حياته .

الثانى : ويظهر فى شعور بعض الأفراد بأنهم مكروهون من الآخريـــن حيـــث يشعرون بعدم قيمتهم وعدم أهميتهم وأنهم لا يحظون بإعجاب الآخريـــن مهما فعلوا .

الثالث : العجز عن النجاح أو التفوق على الآخرين أو الدخول فى مناقشة ناجحة معهم وهناك عدة أسباب تؤدى إلى تكوين الذات السلبية من اهمها :-

أ- الحماية الزائدة من المشرفين على تربية الأطفال ورعايتهم .

ب- السيطرة التامة على الطفل .

جـ- الإهمال وعدم الإهتمام بالطفل .

د- الخبرات غير السارة .

٢ – المفهوم الإيجابى للذات

ويتمثل فى الثقة الواضحة بالنفس والتمسك بالكرامة والاستقلال الذاتى مما يعبر عن تقبل الفرد لذاته ورضائه عنها يتمتع بمفهوم ذات ايجابى صورة واضحة ومتبلورة للذات يلمسها كل من يتعامل مع الفرد أو يحتك بـه ويكشف عن هذه الذات الإيجابية أسلوب التعامل مع الآخرين والذى يظهر فيه دائما الرغبة فى احترام الذات وتقديرها والمحافظة على مكانتها الإجتماعية .

والعوامل التى تساعد على تكوين مفهوم الذات الايجابى :-

(أ) معرفة الفرد لقدراته وإمكاناته وذلك لأن الفرد الذى يدرك تماما مستوى قدراته وإمكاناته الشخصية والمادية وغيرها ويستطيع أن يصنع أهدافا واقعية ومستويات معقولة عن الطموح هذا يسهل عليه تحقيق الأهداف والوصول إلى تلك المستويات وهذا عامل مهم جدا خصوصا إذا أدركنا ما للنجاح السابق أثر كبير فى النجاح الحالى واللاحق .

(ب) فكرة الفرد عن نفسه وتقديره لذاته أنه كلما كانت فكرة الفرد عن نفسه عالية وواقعية وكان تقديره لذاته مرتفعا فإنه سوف يتخذ قرارات بشأنه وتنفيذها واعتبار نفسه مسئولا عن تلك القرارات وهذا يعطيه الثقة الكبيرة فيما يقوم به من تصرفات أما إذا كانت فكرة الفرد عن نفسه وتقديره لذاته ضعيفة فإن ذلك يؤدى إلى فقدان الثقة بما يتخذه عن قرارات وإلى القلق المستمر والتوتر الذى ينتج عن ذلك .

(محمد عبد المقصود ١٩٩٥ – ٦١ : ٦٢)

دلائل قوة الذات :-

وقد عرض سيموندس ***(Symonds, 1951)*** قائمة من المحكات التى تفيد فى التعرف على الذات القوية ولها أهمية كبيرة كمحكات لابد من معرفتها لكى تكون دليلا ومؤشرا على مفهوم الذات الإيجابى أو مفهوم الذات السلبى لدى الفرد ومن دلائل قوة مفهوم الذات .

(١) تحمل التهديد الخارجى :- Taleration of Extera Threat

حيث يرى عبد الوهاب كامل ١٩٨٦ أن الحث الذاتى ومقاومة الإحبـــاط والقدرة على تحمل خيبة الأمل وعلى تحمل العناء الجسمى وعلى الأداء بكفايـــة حال التعرض للخوف من الأذى المادى وكذلك تقبل الإحباط من دلائل قوة الذات وأن ممارسة الحث الذاتى من العوامل الأساسية لنجاح الفرد فى التحكم الذاتـــى وتمتعه باللياقة النفسية .

(٢) التناول الإيجابى لمشاعر الذنب Dealing with Guilt Feeling

الذات القوية هى التى تستطيع أن تستخلص مصالحات فى السلوك بحيث تشبع الحاجات من غير شعور مفرط بالذنب وإذا ما أحس الشخص فعلا بـــالذنب فإن هذا الإنفعال لا يسحقه .

(٣) المقدرة فى التعامل الناجح مع المكبوتات

Capacity of Effective Repression

لا غنى عن كبت ما للنزوات المضادة للمجتمع لكن الشخص ينبغـــى أن يكون قادرا على إدراك أن لديه هذه الإندفاعات من غير أن ينزعج لهذا الجـــانب غير المستحب من صورته الذاتية .

(٤) موازنة التصلب والمرونة

Capacity of Rigidity and Flexilibity

يتفاوت الأفراد فى صلابـــة الإدراك الحســـى والاســـتجابات الحركيـــة والشخص الذى يتأثر بأى تغيير فى البيئة لا يقدر على الاحتفاظ بسير العمـــل أو مجريات الأمور أما إذا كان بالغ الصلابة ومتزمتا فـــهو لا يســـتطيع الإنتفـــاع بالفرص الجديدة فى البيئة فى هذه الحالة تؤكد كفاءة الذات درجة معتدلـــة مـــن الصلابة والمرونة .

(٥) التخطيط والرقابة والتحكم : *Planning and Control*

إن الذات القوية هى التى يمكنها رسم الخطط ثم الإبقاء علي سير العمل لتنفيذ الخطة ويتضمن ذلك درجة عالية من التحكم الرمزى من النشاط الحركى .

(محمد عبد المقصود ١٩٩٥ – ٦٣)

(٦) تقدير الذات *Self - Esteem*

من الممكن التأكد من أن الفرد يدرك ذاته بأصالة علـــى أنـــها جديـــرة بالتقدير والإهتمام ولديه "ذات" أقوى مما لدى الشـــخص ذى المشـــاعر الدونيـــة والحذر مطلوب هنا حيث تقدير الشخص الشعورى عن تقديره لذاته وقد يقـــترن بعدم تقدير ذاته لا شعوريا.

(كمال دسوقى ١٩٧٩ – ٣٠٢ – ٣٠٣)

صورة الجسم ومفهوم الذات

ترتبط صورة الجسم ارتباطا وثيقا وجوهريا بمفهوم الذات فهى عنصـــر هام وأساس من عناصر الذات . وإذا نظرنا للذات كموضوع لـــلإدراك فالجســم يعمل كمنبه للذات كما أن المنبهات الجسدية تلعب دورا هاما يسهل معها توحيـــد الجسم مع الذات. كذلك فالجسم يعمل كمنبه للآخرين فمظـــهر الإنســـان البدنـــى يساهم فى تحديد شكل العلاقة بالآخرين والحكم علي هذه العلاقة إذا مـــا كـــانت ستستمر أم لا . فإذا ما نظرنا إلى شخص معين يمكننا أن نحكـــم علـــى جنســـه وسنه من خلال مظهره وشكل بدنه ومن هنا يمكننا القول بأن صورة جسم الفـــرد الخارجية وصورة أجسام الآخرين وإدراكنا لكل منهم هام لتحديد شكل علاقاتنـــا بالآخرين. وكذلك فالجسم أداة تعبيرية يعبر بها الفرد عما فى نفسه.

وعن أهمية صورة الجسم يحدثنا لطفى فطيم ويـــرى " أن الجســـم هـــو الوسيط الذى يتم من خلاله حتى فى أنواع النشاط التى يتم تنظيمها بدقة كرقـــص البالية مثلا فإن الفروق الفردية تبدو للعين الخبيرة. ولا شك أن تشكيلة التعبـيرات

المتاحة للكائن الإنسانى بواسطة جسده لا يكاد يقترب منها أى حيوان فالإيماءة واللفظة والإشارة يتواصل الناس من خلالها أو يحاولون إخفاء ما يحسون به ".

(لطفى فطيم ١٩٧٩ – ١١٩)

وقد عرف الفينومينولوجيون هو الجسم بأنه مركز التوجيه فى إدراكنا لبيئتنا ومركز الخبرات الذاتية وهو مجال الصلة بمشاعرنا الخاصة وعضو التعبير ونقطة الإلتقاء المفصلية الواضحة بين الذات والبيئة ".

(E. Brähler & et al., 1988 – 36)

وقد كان لنظرية التحليل النفسى إسهاماتها فى دراسة العلاقة بين خبرة الجسم والوعى بالذات أو بلغة أخرى بناء الذات الجسمية والتمييز بين الذات والبيئة .

فقد أوضحت دور الجسم كمركز لخبرة الذات وكنقطة التقاء مفصلية بين الذات والبيئة. ويعتبر بول شيلدر ١٩٣٥ هو أول من تحدث عن صورة الجسم وقد عرفها بأنها " صورة جسمنا التى نكونها فى عقولنا والتى تحدد الطريقة التى يظهر بها الجسم لنا "

(W.W. Meissner 1996 – 428)

ويعتبر استخدام شيلدر لمصطلح صورة الجسم أو مخطط الجسم Body-Schema يعكس التمثيل العقلى المتكامل لمجموع كل من الإحساسات ، الحركات ، المؤثرات ، وخبرات الجسم (اللذة ، اللا لذة).

ويرى ميسنر *(W.W. Meissner 1996)* أن حالة إدراكات الجسم دائما ما تكون جزئية غير كاملة نتيجة ثبات واستقلال وتعدد صور الجسم بينما تعتمد صورة الجسم على إدراك الذات والذى يحمله التغذية الرجعية من جانب الآخرين نتيجة إدراكهم لمظهر أجسامنا.

ويعتمد إدراكنا لأجسامنا على الحواس وبخاصة البصر واللمس منها يجعلنا نفرق بين الذات ، واللا ذات أو بين الذات والبيئة الخارجية ثم يتكون الجانب المعرفى التأثيرى لمفهوم الذات كمرحلة تالية للإدراك ولذا فقد عرفت الذات لدى أتباع مدرسة التحليل النفسى بأنها "تمثيل عقلى للشخص " ويعتبر الجسم أهم جانب فى الشخص وتعتبر أن تمثيل الجسم ووظائفه هو لب خبرة الذات.

ويؤكد *فردريك ١٩٦٩* على أن خبرة الذات وخبرة الجسم خبرتان متلازمتان وعلى علاقة كل منهما بالآخر هذه العلاقة تنظم تنظيما لا شعوريا تحت ظروف خاصة مثل الإحساس بالألم أو اللذة أو التأثيرات الخارجية على الجسم ويرى أن ثبات إدراك الجسم وصورة الجسم يمكننا من الثقة بأجسامنا كموضوع من الموضوعات.

(E. Brähler & et al., 1988 – p. 42)

وقد لاحظ فان ديرفيلد ***(Van Der Veld 1985)*** أن صورة الجسم هى الدينامية الأساسية فى نمو مفهوم الذات واختلف مع شيلدر فى إقراره بأن الشخص له صورة جسم واحدة وإنما له عدد من صور الجسم.

وصورة الجسم ليست انعكاسات عقلية للذات الجسمية وإنما هى دينامية أساسية فى نمو مفهم الذات واعتبرها تساهم فى تحديد مميزات أو سمات الشخصية وهما المخطط العقلى لتنظيم السلوك الإجتماعى.

(Van Der Veld n.D 1985 – p. 527)

وقد أكد كثير من الباحثين على العلاقة بين صورة الجسم وتقدير الذات ومن الدراسات التى أقيمت فى هذا المجال :

دراسة ميريل ورسوابان ***(MeRill & Swapam 1991)*** وتؤكد العلاقة الإيجابية بين صورة الجسم وتقدير الذات حيث لوحظ زيادة تقدير الذات وبخاصة عند التغيرات الإيجابية للذات الجسمية والتغيرات فى صورة الجسم

وذلك فى دراستهما عن تأثير زيادة تدريبات إنقاص الوزن على صورة الجسم وتقدير الذات لدى السيدات.

(Merrill. J. Melnick & Swapan Mookerjee 1991 – p. 1335 : 1345)

وعن العلاقة بين الإدراك الذاتى والوعى الذاتى والأمراض السيكوسوماتية قام أنتونيو Antonio-E.puente 1984 بدراسة على عينة من الطلبة و الطالبات الجامعيين تقدر بحوالى ١٢٧ فرد منهم (٧١) ذكور ، (٥٦) إناث وذلك بتطبيق مقياس الإدراك الذاتى ،ومقياس الوعى الذاتى الشخصى ، ومقياس التاريخ الطبى وقد افترضت هذه الدراسة وجود ارتباط بين كل الدرجات على كل المقاييس وقد كانت النتيجة وجود ارتباطات يجابية دالة عند ٠,٠١ بين الدرجات على مقياس الإدراك الذاتى ، ومقياس الوعى الذاتى الشخصى ، ومقياس التاريخ الطبى .

وقد أجرى جول ويندر وديفيد ليستر *(Gal Wender & Daived Lester 1988)* دراسة عن العلاقة بين تقدير الذات وصورة الجسم اعتمدت هذه الدراسة على التحليل العامل لاستجابات (٣٢) من الذكور ، ٢٧ من الإناث باستخدام مقياس صورة الجسم لسيكورد وجورارد. ومقياس تقدير الذات والذى قام بعمله كوبر سميث ١٩٦٧ وقد كانت من أهم النتائج وجود ارتباطات مرتفعة لدى الإناث أعلى من الذكور وقد كانت مرتبطة بالدرجات على الخصر والأرداف والوزن أما الذكور فكانت الإرتباطات بين تقدير الذات والصوت ومقاومة المرض وشكل البروفيل .

وقد أثبتت التجارب والأبحاث أن صورة الذات لدى الفرد تؤثر على إدراكه ومن هذه الدراسات دراسة *(Pawel Lewicki 1983)* حيث أنه وجد أن صورة الذات تتأثر أبعادها بإدراك الشخص وربما يتغير إدراك الشخص متأثرا بصورة الذات والشخص يحمى صورة ذاته التى ربما تكون ضعيفة بإقناع نفسه بأن لديه سمات هامة وأن ما يعانيه ليس ضعفا أو نقصا .

(Pawel Lewicki, 1983 - 384 : 393)

الجلد ومفهوم الذات

تحدث براهلر ***E. Brahler 1988*** عن مصطلح منطقة الخبرة وقد عرفه بأنه يشير إلى "مجال الخبرة الشخصية الواسعة التى تتركز فى جسمه ، وسطحه وداخله وكل الأشكال التى تشكله ".

ويرى أن مصطلح مفهوم الذات أعظم تأكيدا على مجال أو منطقة الخبرة لأن مفهوم الذات يتضمن عدة المفاهيم التى تكون وتشكله ويعتبر أن مفهوم الذات الجسمية هي الركيزة الأولى فى مفهوم الذات والتى يتحدد بعد تكونها باقى المفاهيم الذاتية .

ويعتبر سطح الجسم – أى الجلد – هو المنطقة التى تشعر وتحس بالخبرة كما أن داخل الجسم يساهم فى الشعور بالإحساسات الداخلية للجسم .

ومن وجهة نظر فرويد أن الأنا النهائي قد اشتق من الإحساس الجسمى وبخاصة من سطح الجسم (الجلد) وربما يعتبر ذلك إسقاط ذهنى بجوانب سطح الجسم .

وسوف تشير الباحثة فى موضع لاحق إلى وظائف الجلد التى تعددت إلى وظائف فسيولوجية ونفسية فهو لا ينقى المؤثرات الخارجية فقط ولكنه يسمح بدخولها إلى داخل الجسم ويعمل كمندوب أو ممثل للخبرات الداخلية أيضا (صـ ٨٠ : ٩١).

وعن دور الجلد فى تطور الشعور بالذات ونمو الوجود الإنسانى وكما وصف فرويد دور الإدراك الخارجى فى إسقاط المشاعر الجسمية.

ويؤكد بانز ***Pans*** أن أنا الإنسان يتكون بصورة الجسم التى اشتقت من إدراك السطح وكما أن الجلد عضو إحساس فهو عضو تأثيرى انفعالى كما أنه عضو تعبيرى ومواجه للبيئة وهو عضو اتصال بالإشتراك مع الجهاز العصبى وأعضاء الحس الأخرى.

(Brahler 1988 – 63)

وعن دور حاسة اللمس فى الشعور بالذات ونمو مفهوم الذات تحدثت نيفين زيور ١٩٨٧ حيث ترى أن اللمس من شأنه أن يجعل الطفل يفرق بالتدريج بين الذات واللا ذات أى بين الجسم وما سوف يكون فيما بعد العالم الموضوعى.

وللجلد أهمية كبيرة فى الإدراك البدنى والتكوين البدائى لصورة الجسم وما سيكون فى المستقبل صورة الذات. وللتنبيه الحنون من قبل الأم لكل الجلد المحتوى لجسم الطفل هذا التنبيه يكون مصدرا أساسيا لتشكيل أولى لصورة جسم متكاملة فيما بعد .

(نيفين زيور ١٩٨٧ - ٣٤ : ٣٦)

كما أشارت أمال كمال ١٩٩٨ إلى دور الجلد والخبرات اللمسية فى تدعيم نواة الذات فالخبرات اللمسية الجيدة التى تنقلها الأم إلى طفلها تدعم لديه نواة الذات المتكونة حيث يشعر بالرضا عن هذا الجسد وبقدر الإشباع والذى يخبره الطفل بقدر السواء الذى يقيم خبراته وإدراكاته ومن ثم تتكون صورة الجسد الموضوعى فعندما يستقيم الوقع يستقيم الرمزى وبالتالى المتخيل .

(آمال كمال ١٩٩٨ - ٣٥)

واللمس له أهمية تفوق أهمية الغذاء وقد تبين أن النقص فى المؤثرات اللمسية يسبب نقص فى نمو نضج الأعضاء كما أنه يؤثر على جهاز المناعة بالجسم كما أكدت الدراسات أن مناعة الأطفال تقوى بالمؤثرات اللمسية الجلدية المبكر "كالتلامس أو اللمس أو العناق " وهذه الخبرات لازمة وأساسية لوجود الإنسان . ولا تقتصر أهمية التلامس الجلدى على المراحل الباكرة ولكن فى المراحل الجنينية أيضا كما لوحظ تأثير التلامس الجلدى للأم على الجنين فى بطن أمه فعند لمس المنطقة المحيطة بالشفة العليا أو بجانب الأنف فإن الجنين يستجيب بقبع رقبته وجسمه ويكون عمره حوالى ٨ أسابيع وطوله لا يتجاوز ٢ سم ولم تتكون لديه أعضاء الحس الأخرى كالعين والأذن وهذا دليل على انفعاله ويرى سكيور ***(Schur 1980)*** أن الأمراض السيكوسوماتية هى نوع خاص

من الإضطرابات الأساسية لوظائف الذات وقد أعانه على شرح ما يقصد بالإشارة إلى مثال لمريض بالإكزيما التأتبية .

(Brahler 1988 – 63)

وعلى هذا يمكننا القول بأن أى تغير فى الجسم وبخاصة فى سطح الجسم (الجلد) يكون مصحوبا بتأثيرات على الشخصية عموما وعلى صورة الذات بخاصة وتؤدى إلى مشكلات فى الإتصال بالآخرين وقد يكون سبب هذه المشكلات التشوه الحادث فى الجلد والذى قد تنتج عن الآثار الموجودة بالوجه والذى يتركها حب الشباب مثلا أو يسببها حادث معين أو إصابة الفرد بأحد الأمراض الجلدية السيكوسوماتية .

وسوف تقوم الباحثة بكتابة لمحة عن الجلد كمدخل لدراسة الأمراض الجلدية من حيث تركيبه ووظائفه سواء أكانت البيولوجية أم النفسية وذلك لمعرفة وفهم لما يحدث له فى حالة المرض الجلدى وهذه بعض الحقائق الأساسية عنه.

والجلد هو طبقة نسيجية مرنة تغطى الجسم وتحميه من المؤثرات الخارجية المباشرة عليه كما تشكل حاجزا بين الدم والأعضاء الحيوية والوسط الملوث.

(الموسوعة الطبية – ١٧٣٤)

والجلد هو الغطاء الطبيعى للبدء يحميه ويحفظه من تأثير الوسط المحيط به ويشغل سطح الجلد مساحة قدرها ١,٥ م٢ تقريبا ويبلغ وزنه ما يعادل ١٥% – ١٨% من وزن البدن. ويلاحظ على سطح الجلد خطوط متقاطعة تحجز فيما بينها أشكالا مختلفة بينما تكون هذه الخطوط متوازنة ودائرية فى السطح الراحى للأصابع .

(محمد أديب البطل ١٩٩٥ – ٥)

والجلد هو أول عضو ينمو ويتطور فى الجنين فالجنين يتكـــون نتيجـة التقاء الحيوان المنوى بالبويضة فى الأسبوع الثالث من تكوين الجنين يبدأ الجلـد فى التكوين ويكون فى هذا الوقت مكونا من طبقة واحدة ومع اسـتمرار الحمـل تزيد هذه الطبقة باستمرار .

(محمد عامر ١٩٩٦ - ٩)

وينشأ الجلد والجهاز العصبى من الناحية التكوينية من نفـس المصـدر ولذا تجد الترابط المستمر بين الأمراض الجلدية والنفسية بل إنه عادة ما نعـبر عنه انفعالاتنا بطريقة جلدية.

(أحمد عكاشة ١٩٨٩ - ٣٦١)

وللجلد صفة جمالية ميزت الشعوب وقسـمتها إلـى أجنـاس اختلفـت باختلاف اللون وثمة ملحقات تحمى وتكسبه صفاته المرنـة وطراوتـه وتكسـو بعضا من أجزائه كالغدة العرقية والطبقة الدهنية والألياف المرنـة أمـا الشـعر والأظافر فتغطى بعض أجزاء الجلد وتختلف بحسب الجنس والعروق البشـرية وتشكل مساحة الجلد الكبيرة جهاز للتخلص من الفضلات وتبديد الحرارة الزائـدة عن معدل حرارة الجسم عن طريق التعرق.

تركيب الجلد :-

نميز فى الجلد ثلاث طبقات رئيسية هى من الخارج إلى الداخل :-

(أ) البشرة Epidermis

(ب) الأدمة Dermis

(جـ) اللحمة (الطبقة الشحمية) Subcutaneos Tissue

<u>(أ) البشرة Epidermis</u>

وهى الطبقة الظاهرة للعين فى الجلد وهى :-

(١) الطبقة القاعدية Basal Layer أو الطبقة المولدة

وتشكل الحد الفاصل بين البشرة والأدمة وهى عبارة عن صف من الخلايا التى تتشكل فيها مادة الميلانين التى تعطى للجلد لونه المميز وتفيد هذه الصبغة فى حماية الجلد من تأثير الأشعة فوق البنفسجية الموجودة فى ضوء الشمس .

(٢) الطبقة الشائكة Prickle Cell Layer

وتتكون من ٤-٦ صفوف من الخلايا المتعددة الأضلاع ذات الاستطالات الهيولية والتى تشكل ما يشبه الأشواك ومن هنا اشتق اسم هذه الطبقة وتفيد هذه الأشواك فى الربط ما بين الخلايا المجاورة .

(٣) الطبقة الحبيبية Granular Layer

وتتكون من ١-٤ صفوف من الخلايا المعينية الشكل تتوضع هذه بشكل مواز لسطح الجلد وتحتوى على حبيبات بروتينية مولدة للكراتين.

(٤) الطبقة الرائقة Lucid Layer

تستقر هذه الطبقة فوق الطبقة الحبيبية خلاياها محرومة من النواة وتتألف من صف واحد إلى صفين من الخلايا تشاهد هذه الطبقة فقط فى الراحتين والأخمصين.

(٥) الطبقة المتقرنة Harny Layer

هى عبارة عن صفيحات متقرنة وتتكون من ٥-٦ صفوف من الخلايا العديمة النوى وقد تصل إلى ١٥ صفا ويغلب على بناء هذه الطبقة مادة الكرياتين القاسية والتى تتوسف بشكل مستمر.

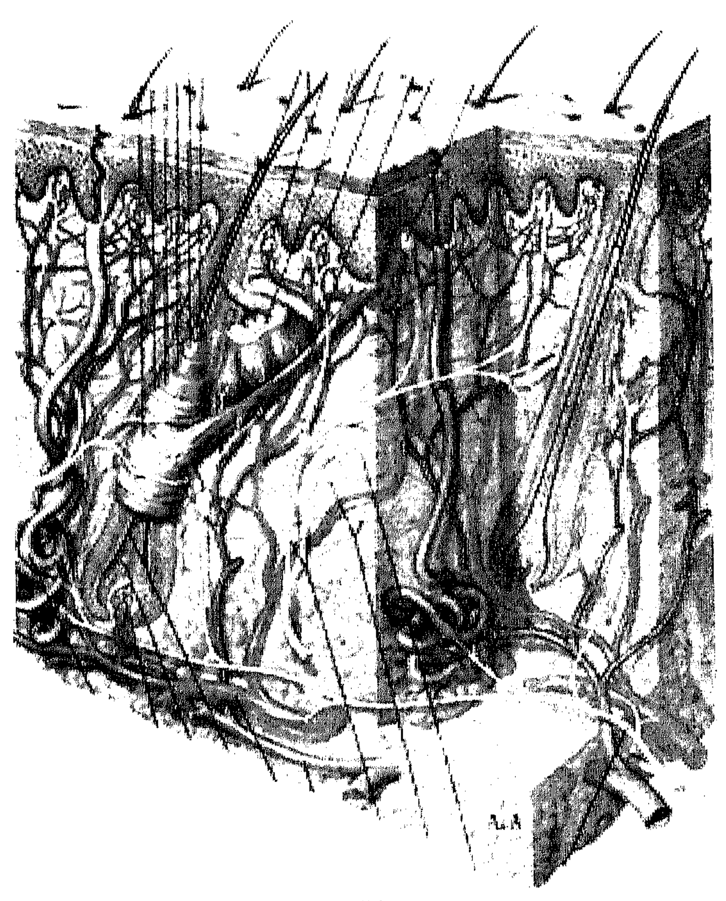
(ب) الأدمة Dermis

تتكون الأدمة من نسيج ضام مؤلف من ألياف ومادة أساسية وخلايا أما الألياف فتتكون من ألياف غراوية ومرنة وشبكية والخلايا إما أن تكون دموية المنشأ أو أدمية المنشأ كالخلايا الناسجة الليفية والبدنية أو السمينة تتداخل الأدمة مع البشرة فيما يسمى بالحليمات الآدمية وهذا التداخل يعطى للجلد قوة وتماسكا.

(جـ) اللحمة (الطبقة الشحمية تحت الجلد) Subcutaneous Tissue

لا توجد حدود واضحة بينها وبين الأدمة وتختلف سماكتها من منطقة لأخرى من الجسم فهى سميكة فى البطن والإليتين وتتكون من نفس عناصر الأدمة وتحتوى أيضا على الأوعية الدموية واللمفوية التى تصل حتي الأدمة لا تحتوى على كتل شحمية وجذوع عصبية والغدد العرقية والجريبات الشعرية الدهنية .

(محمد أديب البطل ١٩٩٥ – ٥ : ٨)



شكل رقم (١)
يوضح طبقات الجلد

والشكل رقم (١) يوضح تركيب الجلد بطبقاته. ونلاحظ أن البشرة تتكون من عدة طبقات من الخلايا وهذه الخلايا غير متماثلة أو متشابهة فى الطبقات المختلفة فكل طبقة لها وظيفتها الخاصة بها وهى البشرة طبقة تمتلئ خلاياها بمادة بروتينية تسمى الكراتين وهذه الطبقة هى الطبقة الوحيدة التى نراها من جلدنا ونلمسها بأصابعنا إذا ما مررنا به على الجلد.

وتعتبر هذه الخلايا ميتة من الوجهة النظرية ولكن وجد أن داخل هذه الخلايا يوجد الماء اللازم لرطوبة الجلد وإذا ما نقص الماء أو فقد نجد أن الجلد مشقق وجاف مما يجعل الشخص يلجأ للاستشارة الطبية .

إن صلابة هذه الطبقة تقوم بحماية النسيج الجلدى الحساس من الإصابات وهذه الطبقة الصلبة مقاومة للماء بمعنى أنها لا تسمح للماء بالنفاذ منها وتشكل حاجزا يواجه الجراثيم القادمة من العالم الخارجى .

وظائف الجلد :-

إن للجلد وتوابعه "كالشعر والأظافر والغدد الإفرازية أو كما تعرف بالمسام " هو أكبر عضو فى الجسد حيث يؤدى عددا واسعا من المهام وقد قامت الباحثة بتقسيم وظائف الجلد إلى نوعين من الوظائف وهما الوظائف البيولوجية والتى تتمثل فى حماية الجسم وتنظيم درجة حرارة الجسم ، الإخراج ، تكوين مركبات باتحاد العناصر ، الإدراك الحسى ، لون الجسم ، أى إعطاء لون للجسم البشرى. والوظائف النفسية.

وستقوم الباحثة بالحديث عن كل وظيفة على حدة.

أولا : الوظائف البيولوجية للجلد :

(١) الحماية Protection

فالجلد غلاف مرن للجسم يحيط به ويقيه شر الرضوض والصدمات والمؤثرات الخارجية الأخرى . كما أنه يلعب دورا هاما فى حماية الجسم من

الإصابة بالأمراض وحماية الخلايا الحية للجسم من أن تجف وتمــوت فيحــافظ عليها وذلك يمنع نموه تكاثر الجراثيم على سطحه بفضل تركيب الطبقة المتقرنــة والتفاعل الحامضى للمواد المفرزة الدهنية الموجودة على سطح البشرة .

(٢) تنظيم درجة الحرارة Temperature regulation

فاللعرق دور لا يستهان به فى فصل الصيف بخاصة. حيث يساعد علــى خفض درجة حرارة البدن عن طريق تبخر الماء الموجود فى العرق . كما أنـــه يحافظ على الجسم دافئا بعمله كسطح عازل فهو يساعد على إحتجـــاز حــرارة الجسم .

(٣) الإخراج Excretion

ومن وظائف الجلد الأساسية الإفراغ أو" الإخراج " فهو يفــرز العــرق وبغزارة وبخاصة فى فصل الصيف حيث تصل كمية العرق من ٣ – ٥ لــترات فى اليوم وهو بذلك يساعد عمل الكلية لتشابه تركيب العرق والبول .

(٤) تكوين مركبات باتحاد عناصر فى الجسم Synthesis

يقوم الجلد بتركيب الفيتـــامين [D3 (د٣)] بمســاعدة الأشــعة فــوق البنفسجية الموجودة فى ضوء الشمس ومــادة ديهيدروكوليســترول (٧) – 7) dehydrocholestrol) والذى يدخل فى تركيب العظام والأسنان .

(٥) الإدراك الحسى :- Sensory reception

يعتبر الجلد عضوا حسيا هاما فهو بما يحويه من أعصاب وأوعية دموية ونهايات حسية يعتبر مركزا متقدما حيث ينقل إلى المراكـــز العصبيــة أحــوال الوسط المحيط ومؤثراته. هذه المستقبلات الحسية تستجيب للحــرارة والــبرودة واللمس والضغط والألم فتساعدنا على أن نحس بالعام الخارجى ونستجيب للبيئــة فيحدث التوازن الهيموستازى .

(٦) لون الجلد

حيث يعطى لجسم الإنسان اللون الذى يتميز به ويتحدد لون الجلد وفقـــا لثلاث عوامل.

(أ) نسبة الميلانين والذى تنتجه الخلايا الميلانوسيتيةmelanocytes .

(ب) تراكم الصبغة الصفراء (الكرياتين).

(جـ) لون الدم الذى ينعكس من خلال الإبيدرم.

(Anthony Duviver 1993) (محمد أديب البطل – ١٩٩٥)

نخلص مما سبق إلى أن الجلد هو المنطقة التى تشعر بالخبرة ويشترك مع داخل الجسم بالإحساسات الداخلية للجسم ، كما يساهم فى تطور الشعور بالذات ونمو الوجود الإنسانى ، والجلد عضو إحساس تأثيرى – انفعالى – تعبيرى – مواجه للبيئة كما أنه يلعب دوراً هاماً فى اتصال الفرد بالآخرين .

والجلد عضو متعدد الطبقات كل طبقة لها تركيبها الخاص بها فطبقة البشرة تتكون من الطبقة القاعدية ، الطبقة الشائكة ، الطبقة الحبيبية ، الطبقة الرائقة ، الطبقة المتقرنه. أما طبقة الأدمة فتتكون من نسيج من الألياف الغراوية المرنة وشبكية تتداخل مع الخلايا الناسجة الليفية والبدنية السمينة .

أما طبقة اللحمة فتتكون من نفس عناصر الادمة بالاضافة الى احتواءها على الاوعية الدموية واللمفاوية كما تحتوى على الجذوع العصبية والغدد العرقية والجريبات الشعرية الدهنية .

ووفقا لتركيب الجلد تأتى وظائفه البيولوجية التى تجعل الفرد يتلاءم مع البيئة الخارجية ومن أهم وظائفة حمايته من العديد من المؤثرات الخارجية كالجراثيم والرضوض كما أنه يحافظ على خلايا الجسم الحية .

كذلك يقوم الجلد بتنظيم درجة حرارة الجسم وفقا لتغيير الطقس كما يقوم بوظيفة إخراج العرق وكذلك تكوين مركبات بإتحاد عناصر أخرى فى الجسم كفيتامين د٣ ومادة ديهيدروكولسترول ٧ والذى يدخل فى تركيب العظام والأسنان .

كما أن له وظيفة الاحساس بما يحتويه من أعصاب وأوعية دموية ونهايات حسية تساعدنا على الإحساس بالعالم الخارجى والاستجابة للبيئة الخارجية المحيطة .

كما أن لون الجلد يضفى صفة جمالية لجسم الانسان تساعده على الاتصال بالآخرين والتفاعل معهم .

الوظائف النفسية للجلد

يجمل أوتوفينخل أربعة وظائف هامة للجلد فيما يلى :-

(١) أن الجلد كرقاقة غطاء له – قبل كل شئ – وظيفة وقاية عامة فهو يتفحص الميراث الواردة وإن لزم الأمر يضعفها حتى يطردها وتحقيقا لنفس الإجراءات الوقائية ضد المثيرات الداخلية فإن الكائن العضوى يملك فى مواجهة المثيرات الداخلية المزعجة ميلا إلى معاملتها كما لو كانت فترات خارجية .

(٢) إن الجلد منطقة شبقية هامة فإذا ما كتبت الرغبة فى استخدامه كمنطقة شبقية فإن عودة الميول المواتية والمناهضة للإثارة الجلدية تجد تعبيرا بدنيا فى تعبيرات جلدية . إن شبقية الجلد لا تقتصر على مثيرات اللمس فى أحاسيس الحرارة وهى مصدر – لذة شبقية والألم أيضا يمكن أن يكون مصدر لذة شبقية جلدية – لقد قيل أن تفجرات الصدفية يمكن بصفة خاصة أن تكون تعبيرا عن حفزات سادية انقلبت ضد أنا الشخص .

(٣) إن الجلد من حيث هو سطح الكائن العضوى هو الجزء المرئى من الخارج وذلك يجعله مقرا عن الصراعات الدائرة حول الاستعراضية وهذه الصراعات بدورها لا تتعلق فحسب بغريزة جنسية جزئية وبالخوف والخزى المضادين بل تتعلق أيضا بحاجات نرجسية عديدة للطمأنينة .

(٤) ومكافآت القلق يمكن أيضا أن تتموضع فى استجابات الجلد فالقلق من الناحية الفسيولوجية هو حالة من الحيوية السيمبثاوية والإستجابات الحيوية السيمبثاوية لأوعية الجلد يمكن أن تعبر عن القلق .

(أوتو فينخل ١٩٦٩ – ٣٦٧ : ٣٧١)

والجلد عضو نفسى جسمى له وظائف رئيسية فى تطور الذات فهو عضو فاصل بين الشخصية والبيئة وعضو تأثيرى انفعالى ولذا إن الجلد مع

الجهاز العصبى وأعضاء الحس الأخرى تعد من بين أكثر أجهزة الاتصال بين وجود الناس وبعضهم .

كما أن الجلد كعضو اتصال نفسى وجسمى يعمل كخط فاصل بين الذات و البيئة فنجد أن ١٨٠٠٠ سم٢ من الجلد المحيط بالشخص تتعرض لمؤثرات متنوعة مثل درجة الحرارة والضغط والغلاف الجوى والمواد الكيميائية كذلك المؤثرات النفسية فالجلد هو مرآة النفس ولذا فإننا نتورد ونحمر عند الخجل وتقشعر أجسامنا عند الخوف.

والجلد لا يعمل على تنقية المؤثرات الخارجية فقط ولكنه يسمح لها بالدخول للجسم كما أنه يعمل كممثل للخبرات الداخلية أيضا .

وقد وصف مونتاجو ***(Montagu, 1980)*** أهمية الجلد لنمو الوجود الإنسانى بكثير من الطرق كما أشار فرويد إلى الإدراك الخارجى ودوره فى إسقاط المشاعر الجسمية لأحد الأشخاص .

(E. Brahler 1988 – 62 : 64)

كما أشارت آمال كمال ١٩٨٩ إلى أن الجلد يمثل الحد بين الذات واللاذات ويمثل الوعاء الذى يحوى ذات كل واحد منا ويعتبر أحد قنوات التواصل الأولية حيث التواصل القبل لفظى حيثما يتم ملاحظة وخبرة الأحاسيس اللالفظية جسديا ويمكن للجلد من الطريقة التى تمسك بها الأم طفلها أن ينقل سلسلة من المشاعر تتراوح بين الحنان والرقة والدفء والحب إلى الإشمئزاز والكراهية. ويمكن للطفل أن يستجيب لمشاعر أمة الإيجابية التى تنقل إليه عن طريق جلده فيشعر بالسعادة وكذلك يستجيب لمشاعرها السلبية بإضطراب جلدى يأخذ أشكالا عديدة .

(آمال كمال ١٩٨٩ – ٢٢٥)

ويمكن أن نجمل مما سبق فى أن للجلد وظائف نفسية لا تقل أهمية عن الوظائف البيولوجية فالجلد له أهمية كبرى فى تكوين الحدود الجسمية الفاصلة

بين جسم الطفل والآخر . كذلك فهو وسيلة هامة من وسائل الإتصال بين الأم والطفل . وهو بذلك يعمل كمنقى للمؤثرات الخارجية وممثل للخبرات الداخلية وهو السبيل إلى التعبير عن المشاعر والوجدانات اللالفظية .

وهو عند إصابته بأحد الأعراض أو الأمراض إنما هو نوع من الحديث اللالفظى مع الآخرين وإعلان عن وجدانات تكتنف الشخص المصاب ستقوم الباحثة بعرض بعض اضطرابات الجلد السيكوسوماتية فى الجزء القادم من البحث .

اضطرابات الجلد السيكوسوماتية

إن الجلد عضو هام فى جسدنا والكثير من الناس لا ينظرون إليه كذلك أى وفقا لأهميته حتى تصبهم مشكلة جلدية عندها يدركون أهميته خاصة بالنسبة لمظهرهم الخارجى تجاه الآخرين والناس الذين يعانون من الآفات الجلدية يشكلون نسبة مرتفعة من مجموع سكان أى بلد ولا تزال عند كثير من الأشخاص عادة الشعور بالنبذ فيما يخص المرض الجلدى الذى يعانون منه وكذلك فإن أى تعليق حتى لو لم يكن مقصودا بالنسبة لأولئك حول مظهرهم يؤدى بهم إلى الإبتعاد عن الآخرين وتجنب أى عمل يؤدى إلى كشف جلدهم للعيان .

(شيلر هاربى ١٩٩٢ – ٩)

ولقد قسم أحمد عكاشة اضطرابات الجلد السيكوسوماتية إلى ما يلى :

(١) عصاب الجلد وهنا يكون المريض هو المسبب فى المرض الجلدى مثل طبع نتف أو نتش الشعر ونتف الأظافر ، والرهاب الجلدى مثل الخوف من ديدان فى الجلد والخوف من سرطان الجلد ، الخوف من الأمراض التناسلية والجلدية المعدية وعادة ما تأخذ هذه الأمراض الطابع الوسواسى القهرى ، وكذلك إلتهاب الجلد الصنعى والعد التشوهى (حب الشباب) .

(٢) استجابات نفسية مع اضطرابات فسيولوجية مثل احمرار الوجه والعرق الغزير فى اليدين والرجلين .

(٣) أمراض جلدية يلعب العامل النفسى فيها دورا هاما مثل الحكة ، الثعلبة التبعية والحزاز المبسط .

(٤) أمراض جلدية يلعب العامل النفسى دورا غير محدد مثل الإنزيما العد الوحشى ، البهاق ، الصدفية ، وأمراض الحساسية المختلفة .

(٥) أمراض جلدية تصاحب بعض الأمراض الجسمية التى لها علاقة مع العوامل النفسية مثل الحكة مع مرضى السكر .

(أحمد عكاشة ١٩٨٩ - ٣٦١)

ويتشابه هذا التقسيم مع التقسيم الذى قام به ***(Eller, 1974)*** لاضطرابات الجلد السيكوسواتية حيث قسمها إلى ما يأتى :-

١- المظاهر الجلدية غير السوية أو المبالغ فيها كحدوث حالة الإحمرار خجلا مع الإرتباك والحيرة وشحوب الوجه مع الخوف ويطلق عليها (الإستجابات النفسية مع الإضطرابات الفسيولوجية) .

٢- الحالات الجلدية المرتبطة بالأعصبة والأذهنة والعادات العصبية ويكون فيها الجلد - أساسا - فى حالة سوية وتتعلق مشكلاته فى الجانب الأكبر منها فى أنها نتاج مباشر لبعض السلوكيات التى يفعلها المريض بجلده سواء كان بوعى أم بغير وعى منه .

٣- الأمراض الجلدية تلك التى تنشط أو تتفاقم تحت ضغط الحالات الإنفعالية والتى تحدث الإضطرابات الجلدية بدون تدخل نشط من جانب المريض فى إحداث المرض .

٤- الأمراض الجلدية المرتبطة بالتشويه ، الألم ، الهرش ، وخاصة تلك التى تستمر لمدة طويلة وترتبط بديناميات نفسية عميقة .

(آمال كمال ١٩٨٩ - ٢٢٦)

وقام هاجيك *(P. Hajek, 1990)* بدراسة تؤكد أن أعراض الأمـراض الجلدية تزداد زيادة تدريجية لدى الأفراد الأصحاء الذين لديهم حساسية جلديـة والمعروفة بالإكزيما الفوقية وذلك باستخدام التنويم المغناطيسى المتكرر.

وهذا يعنى أن الأمراض الجلدية مرتبطة ارتباطا كبيرا بالإنفعال والـذى يمكن استحداثه بطريقة التنويـم المغناطيسـى وقـد قـام وولـف وماتلمـان *(Wolff & Mattelman)* بتأكيد الإستجابة الإنفعالية للجلد وتأثير التعـرض للإنفعال فى التأثير على الشعيرات الدموية الموجودة داخل الجلد ويعلـل ذلـك بارتباطها بالجهاز العصبى المركزى .

(B.Hajek et al., 1990 –p. 549)

وقد قام كل من وولف وماتلمـان *(Walff & Mittelman)* بتجربـة لقياس حالة الأوعية الدموية من تقلص أو تمدد عن طريق قياس درجة حـرارة الجلد بالراديوميتر وذلك لبعض المرضى أثناء جلسات التحليل النفسى فوجد أنـه عندما يتورد الجلد ويحمر فإنه يصبح دافئا بينما يكون شاحب اللون (مصفـر – أبيض) عندما يكون باردا .

وقد وجد أن درجة حرارة الأصابع تزداد عندما يشعر المريض بالإحباط من الموقف الذى وضع فيه مع المحلل أثناء الجلسة . وقد صاحب هذا الإرتفـاع فى درجة الحرارة انفعالات متنوعة كالغضب والحرج والعدوان والشعور بالذنب والخوف من البلاء ويزيد الصراع عند استعمال المريض ليـده فـى أغـراض جنسية أو عدوانية وقد يكتشف هذا فى حديث المريض أو فـى سـلوكه العـام وترتبط كمية وسرعة التغير فى درجة الحرارة بشدة الصراع الإنفعالى أو القلق.

(Max Hamilton 1955 – p. 140 : 141)

ويؤكد فينخل أن ميل الجلد للتأثر باستجابات حركة الأوعية التى تتولـد بدورها من حفزات لا شعورية إنما ينبغى فهمه من زاوية الوظائف الفسيولوجية العامة للجلد .

ومع ذلك فلا يبدو من المحتمل أن تكون الصدفية من طبيعة عرض التبدين . فالقوى النفسية يمكن بالأحرى أن تكون أحد العوامل المحددة بين عوامل أخرى ومن الممكن لبعض النزاعات السادية غير المفرغة أن تؤثر في الجلد عبر تغيرات كيميائية وعصبية .

أما الإرتيكاريا فيمكن أن تتولد من أسباب مختلفة فمن الممكن أن تكون استجابة حساسية دون دلالات نفسية ومن الممكن أن تكون " مرضا جلديا " عصابيا عضويا .

ويرى ساول وبرنشتاين ***(Saul & Berrstein)*** أن نوبات الإرتيكاريا تحدث في حالات الصبابات الشديدة المحيطة التي لا تستطيع أن تجد أي إفراغ .

ومن الممكن أن تكون "الإرتيكاريا الإنفعالية " تعبيرا عن استجابة حساسية تجاه هرمونات معينة عبأها الإنفعال .

(أوتوفينخل ١٩٦٩ - ٣٦٧ : ٣٧١)

والكثير من الأمراض الجلدية تسبب الحكاك والإنزعاج لفترات طويلة من الزمن وفي أقصى الحالات فإن حدة مرض الجلد يمكن أن تؤدي إلى إعاقة مهامه ضمن الجسد وذلك يمكن أن يكون خطيرا تماما كما في حالة إعاقة أعضاء أخرى في الجسد كالكلى أو الكبد .

أسباب الأمراض الجلدية :

تقسم العوامل المسببة للأمراض الجلدية بعامة إلى نوعين من العوامل عوامل خارجية وعوامل داخلية :

I العوامل الخارجية :-

١- المؤثرات الميكانيكية : مثل الضغط والشد والإحتكاك تؤدى إلى أضـــرار مختلفة فى الجلد.

٢- عوامل فيزيائية (طبيعية) : مثل ارتفاع درجة الحرارة أو انخفاضها .

٣- عوامل كيميائية : كالأحماض والقلويات حيث تسبب إلتهاب الجلد التماسـى نتيجة اللمس المتواصل لهذه المواد .

٤-عوامل حيوية : الفطريات التى تسبب إصابات مختلفة سواء فى الجلـــد أم الشعر أم الأظافر. والجراثيم الممرضة التى تسبب التهابات دمــامل وســل وغيرها.

II العوامل الداخلية :

١-الإضطرابات الوظيفية للجهاز العصبى تلعب دورا كبيرا فى إحداث العديـد من الأمراض الجلدية كالإكزيمـا والإرتيكاريـا وداء الصدفيـة والحـزاز المنبسط .

٢- الإضطرابات الوظيفية للغدد الصماء تلعب دورا هاما فى إحداث المـرض الجلدى حيث أن داء السكر يساعد على ظهور الدمامل وزيادة الأندروجيـن تؤدى إلى ظهور حب الشباب .

٣- نقص الفيتامينات والعناصر المعدنية فنقص فيتامين (أ) يسبب تقرن الجلـد ، (ب . ب) يسبب البلاجرا و (س) يؤدى إلى تأخر إلتئام الجروح والحــروق وهكذا .

٤- أمراض الدم والأوعية الدموية مثل إبيضاض الدم والقرحة الدوالية .

(محمد أديب البطل ١٩٩٥ - ٢٣ : ٢٤)

وسوف تقوم الباحثة بعد نبذة موجزة عن الأمراض محل الدراسة.

الإرتيكاريا

والإرتيكاريا هى نوع من أنواع الأمراض الجلدية والتى تظهر نوعا من أنواع الطفح الجلدى الذى يظهر فجأة ويغطى أى منطقة من الجلد ويصاحبها حكة شديدة وسريعا ما يختفي ليظهر فى منطقة أخرى وهكذا . والإرتيكاريا من الأمراض التى يكون للحساسية أثر كبير فى حدوثها وهى مرض جلدى شائع ومتعدد الأسباب وغالبا ما تكون هذه الأسباب مجهولة . وقد تكون الإرتيكاريا عارضة أو متراجعة بسرعة وهى متميزة بسرعة زوالها بزوال السبب المؤدى إلى ظهورها أو أن تكون مزمنة معاودة.

تعريفها ووصفها وأسبابها :

- وللإرتيكاريا أسباب متعددة ومتنوعة منها أسباب فيزيائية (طبيعية) كالحرارة والبرودة أو بسبب الضوء أو المواد الكيميائية كالأدوية مثل الأسبرين أو البنسلين أو بسبب تناول بعض الأطعمة والبعض والمعلبات .

- كما أن الإرتيكاريا يمكن أن تكون مصاحبة لبعض الأمراض كوجود الطفيليات كالديدان المعوية أو لدغ الحشرات أو مصاحبة لمرض اللوكيميا (ابيضاض الدم) وتكون للإرتيكاريا أسباب وراثية وأسباب نفسية .

(محمد أديب البطل ١٩٩٥ – ٧٧)

وتظهر الإرتيكاريا فى تكوينات متنوعة ناتجة عن احمرار متسع للجلد مع بثور، تتسع البثور تدريجيا مع مصاحبتها لإحمرار ضئيل للجلد .

(Max Hemilton 1955 – p. 139)

وتطلق كلمة (hives) أو الشرى على الإرتيكاريا المزمنة وهى اضطرابات جلدية تتميز بوجود بثرات (Weals) تظهر فجأة على الجلد .

(Robert. J. & et al ., 1993 – p. 223)

وقد عرفت الإرتيكاريا فى الموسوعة الطبية العربية بأنها " طفح جلدى قد يصيب الأغشية المخاطية حاد أو مزمن موضعى أو منتشر تتسم بتكون بقع مرتفعة عن سطح الجلد " نفرات " تظهر فجأة مصحوبة بحرقان وحكة ثم لا تلبث أن تختفى حتى تعود إلى الظهور فى مواضعها ومواضع أخرى مستمرة على ذلك بضعة أيام فى الدور الحاد ولمدة شهور فى الدور المزمن وتبدو النفرات كبقع بيضاء فى أواسطها تحيط بها حافات حمراء " .

(الموسوعة الطبية العربية ٢٠٣)

وقد عرفها ***(Buklon, 1990)*** فى كتابه Essential of Dermatology بأنها استجابة سريعة الزوال تتميز بانتفاخ جلدى يسبب اتساع الأوعية الدموية وزيادة نفاذيتها وتعرف إكلينيكيا بحكة مع ظهور بقع أو طفح جلدى محمر غالبا ما يصاحبه شحوب غير طبيعى متركز فى البقع التى يمكن أن يتخللها بثور تذبل وتزول خلال ٤٨ ساعة ولا تترك أثرا ولكنها تظهر فى أماكن أخرى .

(Buklon 1990 – p. 121)

وقد استخدمت الباحثة هذا التعريف فى دراستها.

وكما سبق ذكر أن الإرتيكاريا يرجع إلى أنها تنجم عن رد فعل استهدافى وهى حساسية الجسم لمادة بروتينية فى الغالب تطرأ من خارجه أو داخله تنشأ منه انطلاق مادة شبيهة بالهيستامين خلال الجلد تحدد تمدد لشرايين الدقيقة وتؤثر فى نضوج الأوعية الدموية .

وقد وجد الباحثون علاقة بين التغيرات التى تحدث فى الأوعية الدموية والإرتيكاريا فقد قام كل من ***(Cameau, PearSon & Grant 1936)*** بتجربة لمعرفة تأثر الأوعية الدموية فى مرض الإرتيكاريا وقد وجد أن المرضى الذين يعانون من أحد أنواع الإرتيكاريا لاحظوا ارتفاعات صغيرة يبلغ قطرها من ١: ٢ سم مع وجود بثور صغيرة يبلغ قطرها من ١ – ٢ مم فى مركز تلك الارتفاعات هى التى تمثل الطفح الجلدى يصاحبه هرش شديدة وقد

. جد أن هذه الأعراض تظهر إذا ما قام المريض بعمل بعض التمرينات التي تؤدى إلى زيادة درجة حرارة الجسم كذلك فإن الإنفعالات تحدث نفس التأثير السابق للحرارة .

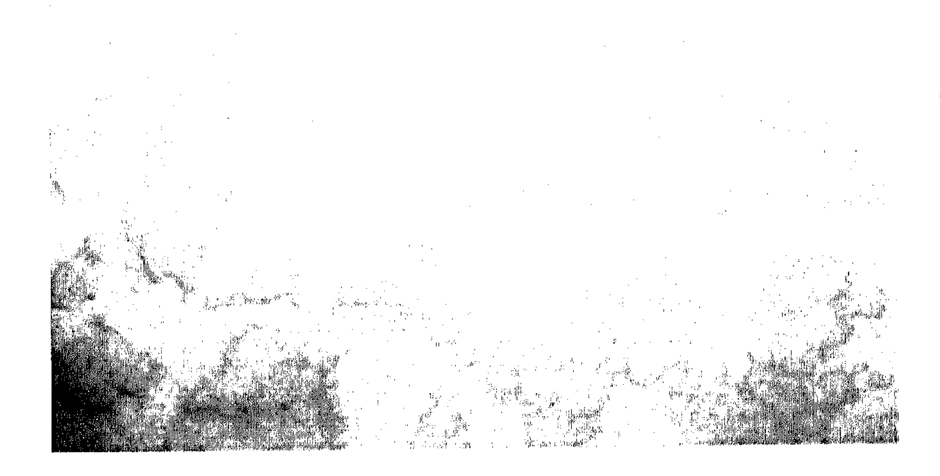
(Max Hamilton 1955 –p. 139)

مما سبق يمكننا أن نجمل الأعراض المميزة للإرتيكاريا بما يأتى :-

١- أنها اضطرابات يصيب بطبقة الإبيدرم .
٢- تتكون بقع أو نفرات مرتفعة عن سطح الجلد منتشرة أو متجمعة
٣- تكون مصحوبة بحرقان شديد " ألم " .
٤- تكون مصحوبة بحكة أو هرش شديد .
٥- تتكون وتختفى ثم تعود للظهور فى أماكن أخرى .
٦- تظل لمدة أيام ثم تختفى وفى الحالات الحادة تبقى لمدة أيام وفى الحالات المزمنة لمدة شهور وربما لسنين .
٧-تبدو كبقع بيضاء فى أواسطها تحيط بها حافات حمراء .
٨- تظهر فجأة على الجسم فلا يوجد مقدمات للمرض .
٩- تزول وتذبل خلال ٢٤ أو ٤٨ ساعة .
١٠- لا تترك أثرا بعد اختفائها على الجلد .

وقد تبين اشتراك عدة عوامل تسبب الإرتيكاريا منها :-

١-الاستعداد الوراثى للفرد .
٢- حالة الشخص واستجابته للحساسية " رد فعل استهدافى للجهاز المناعى " .
٣- اضطراب الجهاز الهضمى قد يكون أحد الأسباب المؤدية إلى ظهور أنواع من الإرتيكاريا .
٤- الإستجابة لبعض العقاقير كالأسبرين أو البنسلين .
٥-المركبات النفسية والعصبية التى تؤثر بدورها على وظيفة الجهاز العصبى المركزى فيؤدى إلى تأثر الأوعية الدموية والجلد بصفة عامة فتظهر الإرتكاريا .



شكل رقم (٢)
يوضح مرض الأرتيكاريا

ويوضح الشكل رقم (٢) الشكل العام للإرتيكاريا فنجد أنها تتكـــون مـــن بقع حمراء متعددة حاكة فوق سطح الجلد .

وللإرتيكاريا عدة أنواع نذكر منها ما يلى:-

أنوع الإرتيكاريا Clinical Types of urticaria

(١) الإرتيكاريا الحادة : A cutourticaria

تحدث نتيجة للحقن بالإنتيجينات (Antigen) مثـــل أطعمـــة معينـــة أو بعض العقاقير مثل البنسلين والسبب غالب ما يكون غـــير معـــروف. فبعـــض الأطعمة كالسمك مثلا يؤدى إلى ظهور الهيستامين وأطعمة أخرى تكون مصـــدر غنى للهيستامين واستجابة الجسم بالانتيهيستامين قليلة وتنتهى هـــذه الحساســـية خلال أسابيع ويمكن أن يؤدى هذا النوع من الإرتيكاريا إلى اضطرابات جلديـــة أخرى مثل الإكزيما .

(٢) الإرتيكاريا المزمنة Chronic Urticaria

وتنتج عن استمرار الإرتيكاريا الحادة لأكثر من شهرين توصف فى هـذا الوقت على أنها ارتيكاريا مزمنة ويكون من الصعـــب الكشـــف عـــن العوامـــل المسببة لهذا النوع .

(٣) الإرتيكاريا الطبيعية (الفيزيائية) Physical Urticaria

وهى مجموعة مميزة من الأمراض والتى تتـــأثير بـــالعوامل الطبيعيـــة ومنها :-

(أ) Dermographism ويتكون هذا النوع فى حالة ضرب الجلد تحدث مــــا يسمى بالإستجابة الثلاثية للجلد وتحدث هذه الحالة فى ٥% من الأشـــخاص وتكون مصحوبة بهرش شديد وتحدث عند الشباب وتنتهى خلال شهور

(ب) ارتيكاريا الضغط Pressure Urticaria وتحدث هذه الحالة بـــالضغط على الجلد التىتتميز بانتفاخات مؤلمة وتحدث خلال ساعات وتنتهى خـــلال ٢٤ – ٤٨ ساعة .

(جـ) أرتيكاريا البرد ***Cold Urticaria*** وتحدث عندما يتعرض الجلـــد للـــبرد وغالبا ما تكون ثانوية مصاحبه لأحد الأمراض.

(د) ارتيكاريا الحرارة أو الأشعة

Local Heat Urticaria and Solar Urticaric.

وتحدث حينما يتعرض الجلد للحرارة العادية أو الأشعة فوق البنفسجية .

(٤) الارتيكاريا الكولينرجية Cholinergic Urticaria

وتسمى Micro Papular Urticarie وهى حالة ممـــيزة ومـــن أهـــم مميزاتها ظهور بثور صغيرة بعد العرق ويمكن أن تحدث بتأثير الحرارة أو اداء بعض التمرينات أو تناول طعام حار .

(٥) أرتيكاريا اللمس Contact Urticaria

والتى تحدث عند لمس بعض أنواع الأطعمـــة أو لمـــس جســـم بعـــض الحيوانات التى تحدث هذا النوع من الإرتيكاريا لأنها تحدث نوعا من رد فعـــل الحساسية عندما تلمس الجلد فتظهر البثور (weals) خلال دقائق من اللمس .

(٦) أرتيكاريا الحفاضة Pigmentosa Urticaria

ويتميز هذا النوع بأنه يحدث خلال فترة الطفولة بصفة خاصة .

(J.L. Buklam 1990 - 192 : 195)

الإكزيما

تعرف الإكزيما Eczema بوصفها إلتـهابات جلديـة Dermatites أو بالإلتهابات الجلدية العصبية Neuro Dermatites كلها أسماء لمجموعـة مـن الأعراض التى تصيب الجلد.

وللإكزيما أعراض أساسية تظهر لتميزها نذكـر منـها جفـاف الجلـد والتقشر الذى يحدث للجلد وتكون البثور المتحوصلة (papules) مع الترشيح أو فصد الدم .

وقد اختفى هذا المرض منذ عدة سنوات ولكنه عاد مـرة أخـرى فـى تكوينات أكثر شدة وهى تصيب الأطفال والمراهقين والراشـدين وفـى معظـم الحالات تظهر الأعراض على الوجه ثم تنتشر على الأجزاء الأخرى من الجسـم وبخاصة الكوع والركبة .

(BenJamin B. Wolman 1988 – p. 149 : 150)

وقد عرفت الإكزيما فى الموسوعة العربية الطبية بأنها إلتـهاب جلـدى حاد أو مزمن يتسبب من فرط حساسية الخلايا البشرية لنوع من المواد المثـيرة لهذه الحساسية والتى تطرأ على الجسم من مصادر متنوعة سواء من داخلـه أم من خارجه. ويتميز هذا الإلتهاب بإنغمار الطبقة الشـائكة (الشـوكية) الجلديـة برشح مصلى يطفح على ظاهر البشرة بشكل نقاط (حويصلات) مليئـة بسـائل شفاف لا تلبث أن تتفقئ فتسيل محتوياتها على هيئة رشح جلدى .

(الموسوعة العربية الطبية صـ ٣٨)

وقد عرف بـاكلم *(Bucklum, 1990)* فـى كتابـه Essential of Dermatology الإكزيما بأنها استجابة جلدية التهابية تتميز بنوع قـوى مـن الطفح الجلدى الذى يصحبه حكة وإحمرار شديد للجلد الذى ينتفخ وينتشـر فيـه البثور النازفة للقيح غالبا ، ويمكن أن تكون رقع جلدية جافـة وغـير متقيحـة

سميكة ومتشققة ، لا تزول سريعا ولكنها يمكن أن تنتشر فى أجزاء أخرى من الجسم .

(Bucklumn 1990 – p. 203)

ويمكن أن تسبب الإكزيما عوامل فيزيائية أو نفسية أو كليهما معا وقد وجد أن الأشخاص الذين يعانون من عصاب مستمر شديد وقلق مع مشاعر الذنب غالبا ما يعانون من أمراض جلدية متنوعة وخاصة الإكزيما ، وترتبط الأعراض بالإضطرابات الإنفعالية وغالبا ما يكون مكان الإصابة وجهية أو تناسلية ثم تنتقل الآفة بعد ذلك إلى اليدين ، ويمكن أن تشترك عدة عوامل فى الإكزيما ولكنها عوامل غير محددة .

(Benjamin. B.woblam 1988 – p. 148)

وتلعب العوامل الإنفعالية دورا هاما فى ظهور الإكزيما ونشأتها وكذلك شدتها ثم عودتها وانتكاسها مرة أخرى. كما أن للعامل الألسيرجى (أو عامل الحساسية ورد فعل الجهاز المناعى) دورا أيضا فى ظهور المرضى وينجم عن دخول مادة غريبة إلى العضو تفعل فعلها كمولد للضد وتثير التفاعل الذى يظهر الإكزيما وهذه المادة إما أن تكون مادة غذائية أو دوائية أو مادة كيميائية تدخل فى الصناعات المختلفة كما ثبت أن الإضطرابات العضوية الداخلية من هضمية وهرمونية لها دور فعال فى إحداث الإكزيما .

(Benjamin. B.wolman 1988 –p. 140 : 150)

(محمد أديب البطل ١٩٩٥ – ٧٣)

وقد اتضح أن الإحباط ونقص الحب غالبا ما يلاحظ فى بداية نشأة المرضى ونقص التأثيرات الأموية (material affection) ونقص الإتصال الجسمى بالأم هى أسباب محددة وواضحة للإصابة بالإكزيما ووجد أن هناك نوعا من الإكزيما أو الإلتهابات الجلدية الطفيلية . Infantil Dermatites غالبا ما يسببها نبذ الأم للطفل والذى يسبب غضب الطفل وشعوره بالإمتعاض والغيظ

وذلك بسبب نبذها وتركها له فينفجر الجلد عن ما يمثل مشاعر الغضب والكراهية.

وهناك بعض الأطفال الذين يعاقبون أنفسهم على مشاعرهم بالإستياء من نبذ والديهم فيلومون أنفسهم لأنهم يعتبرون أنفسهم أطفالا سيئين أما لدى الراشدين فغالبا ما يسببها الصراعات الجنسية والنقص فى تقدير الذات والمشاكل الجنسية.

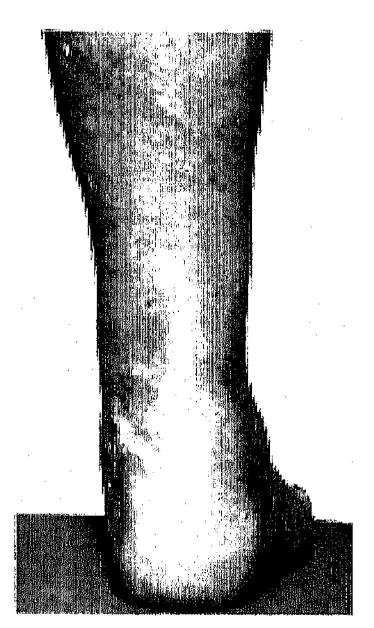
وقد قارن كل من كليفلاند وفيشر ***(Cleveland & Fisher 1956)*** ٢٥ مريضا من الذكور يعانون من الإكزيما العصبية مع مجموعة أخرى تتكون من ٢٢ مريضا بآفات جلدية متنوعة ناتجة عن حوادث أو إصابات عمل صناعى وقد بين المرضى بالإكزيما درجة أعلى من المازوخية وانخفاض شديد فى مفهوم الذات وذلك لتخيلهم أجسامهم كأجزاء مثيرة للإشمئزاز وأنها أجزاء قذرة سيحاولون إخفاءها وتغطيتها وذلك لصورة الجسم السالبة لديهم وكراهيتهم للنماذج الأبوية .

(Benjamin. B.Wolman 1988 –p. 139 : 150)

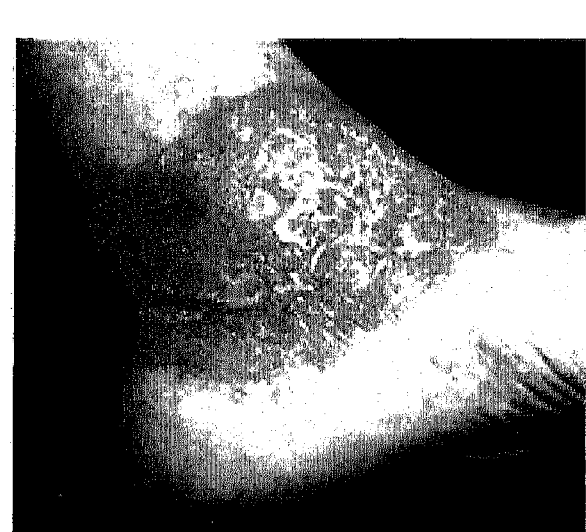
وتميز الإكزيما بعدة مراحل :-

١- المرحلة الإحمرارية ويصحبها حكة وألم مع إحمرار فى الجلد .
٢- المرحلة الحويصلية حين تبدأ الحويصلات فى الظهور على سطح الجلد المحمر .
٣- المرحلة الإلتهابية حين تبدأ الحويصلات بالإنفجار ويسيل منها صديد أو سائل مصلى لزج ثم لا يلبث هذا السائل أن يجف مخلفا القشرة التى تعلو الإكزيما عادة ويمكننا التمييز بين نوعين من الإكزيما :
   أ- الإكزيما الدامعة حيث تنفجر الحويصلات محررة السائل المصلى .
   ب- الإكزيما الجافة وتظهر بدون حويصلات ويمتاز ظهورها على الجلد بإحمرار وألم وحكة وسماكة بالجلد وهذا النوع يمكث لمدة طويلة.

(الموسوعة الطبية العربية صـ ٣٨)

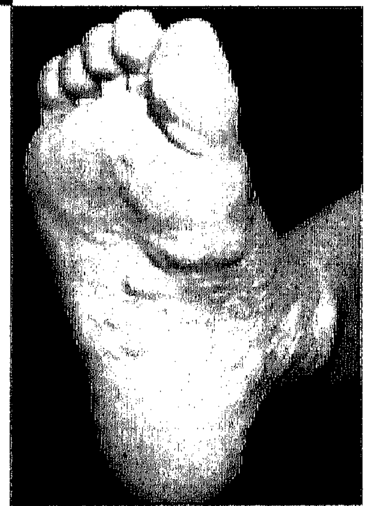


شكل رقم (1)





شكل رقم (2)



شكل رقم (3)

شكل رقم (1 ، 2 ، 3)

يوضح مرض الأكزيما

ويوضح لنا الشكل رقم (٣) الإكزيما ذات القشور الشديدة فى عنق القدم اليسرى ويتضح فيها السطح الناز للسائل المصلى وبعد جفافه يسبب هذه القشور التى تتضح بالشكل.

أما الشكل رقم (٤) فيوضح الإكزيما مع القرح التى تسببها ويلحظ فيها مكان انفجار حويصلة من الحويصلات .

أما الشكل رقم (٥) فيوضح الإكزيما مع باقى من الحويصلات الشفافة والعميقة في باطن القدم وعلى جانبه الداخلى .

أنواع الإكزيما

حيث يمكن تصنيف الإكزيما وأنواعها بحسب مسببات ظهورها فهناك نوع يسببه العوامل الخارجية (Exegenous) وهناك نوع تسببه العوامل الداخلية (Endogenous).

أما النوع الأول والذى تسببه عوامل خارجية منها :-

١- الإكزيما التلامسية Contact Dermatites

٢- الناتجة عن الإثارة الأولية Primary Irritant

٣- الناتجة عن الحساسية Allergic

٤- الإكزيما الملوثة Infective

(١) الإكزيما التلامسية ***Contact dermatitis***

ويظهر هذا النوع على الأماكن المكشوفة كاليدين وهى التى تكون دائما تحت تأثير المواد المحسسة والتى تسبب الحساسية والتى يغلب أن تكون مواد كيميائية كأملاح الكروم والنيكل ومشتقات البترول والدهانات والصابون والمنظفات (إكزيما ربات البيوت) والأدوية (لدى الممرضات) وصبغة الشعر لدى الحلاقين .

(٢) الإكزيما الناتجة عن الحساسية : *Allergic Dermatities*

ويطلق عليها أيضا Hypersinsivity Dermatit ويسببها التعرض لبعض المواد الكيميائية فهناك بعض الأدوية والمواد الكيميائية ذات التركيز العالى وبالرغم من ذلك لا تسبب أى التهابات أو إكزيما وهناك بعض المواد التى تحدثها بالرغم من تركيزها المنخفض وتسبب هذه المواد حساسية الجسم وذلك لدى ١٠٠% من الناس ويحتاج الطبيب إلى معرفة تاريخ الفرد العملى والصناعى ونوعية الأشياء التى يستخدمها كالملابس لكى يقوم الشخص بإرتدائها وغالبا ما يصيب هذا النوع العاملين فى المجال الكيميائى والصناعى .

(٣) الإكزيما الملوثة *Infective Dermatites*

وهى نوع يتأثر بوجود البكتريا وبعض الحالات تستجيب إيجابيا للعلاج بالمضادات الحيوية فقط .

ويجرنا الحديث عن النوع الثانى من الإكزيما والتى تسببها عوامل داخلية منها :

١- الإكزيما الفوقية	Atopic Dermatites
٢- الإكزيما الدهنية	Seborrhoenic, dermatites orecz
٣- الإكزيما الركودية	Asteatotic Eczema
٤- الإكزيما القرصية	Discoid eczema
٥- إكزيما أسفل القدم وراحة اليد	Eczema of the palms and soles

(١) الإكزيما الفوقية *Atopic eczema*

وتطلق لكلمة Atopic على الإستعداد الشخصى للإصابة بأمراض معينة كحمى القش والربو والإرتيكاريا والإكزيما الطفلية والتى تكون لدى أسر وعائلات (أى يدخل فى تكوينها عامل وراثى) واحيانا ما يكون هناك شخص لديه أكثر من مرض من الأمراض السابقة وتنتج هذه الأمراض من حساسية

الجسم وإنتاجه لمضادات الأجسام (atibodies) والتى تحدث حساسية من نـــوع معين .

ويحدث هذا النوع للأطفال بعد تناوله لغذائه من لبن الأم ببضعة شـــهور وبالتحديد ثلاثة أشهر وقد سميت بعض الأطعمة بموانع الأغذية مثل لبن البقــر ، البيض ، البذور ... الخ) وذلك لأن تناولها يؤدى إلى ظهور هـــذا النـــوع مـــن الإكزيما وقد يستمر هذا النوع من الإكزيما إلى أن يصبـــح الطفـــل راشـــدا – وكثيرا ما تياثر الوجه أولا بالإصابة ثم باقى إجـــزاء الجســـم بخاصـــة الكـــوع والركبة وغالبا ما تكون العلامة المميزة لهؤلاء الأشخاص هى الـــهزش الشـــديد ويصبح الطفل متبرما مشاكسا ويصبح المرض متناقصا ومتشعبا ونطل عبـــارة عن رقائق جلدية جافة مع هرش شديد .

(٢) الإكزيما الدهنية Seborthoeneic Eczema

ويبدأ ظهور هذا النوع ببقع وردية دهنية الملمس مغاة بوســـوف توجـــد غالبا على الرأس وخاصة بالوجه وخلف الأذنين ومنطقة الحفاض ولها أكثر مـــن نمط أو شكل فى مناطق مختلفة بالجسم .

(٣) الإكزيما الركودية Astentotic Eczema

ويصيب هذا النوع الأشخاص المسنين ويكون مصاحبا لبعض الأمـــراض كالمرضى بالفشل الكلوى غالبا ما يكون جلدهم جافا ويكون مصحوبـــا بـــهرش ومتشـــقق وبخاصـــة فـــى الجـــو البـــارد وأحيانـــا مـــا يطلـــق عليـــها (Crapuéle Eczema).

(٤) الإكزيما القرصية Discoid Eczema

ولم يحظ هذا النوع من الإكزيما بفهم جيد كباقى الأنواع ويصيـــب هـــذا النوع الأفراد فى منتصف أعمارهم .

(٥) إكزيما أسفل القدم وراحة اليد *Eczema of Palms & Soles*

ويحدث هذا النوع من الإكزيما فى باطن اليد (راحة اليد) أو فى باطن القدم من تأثير عوامل خارجية تساعد على إثارة عوامل الحساسية الداخلية ويتميز هذا النوع بإحمرار وتقشر وسماكة الجلد وربما يكون هناك بثور كبيرة ويصاحبها شعور بالألم .

(محمد أديب البطل ١٩٩٥ - ٧٤) (Bucklum 1990 – 203 : 216)

الصدفية

الصدفية مرض جلدى مزمن يظهر على شكل بقع حمراء تعلوها قشور بيضاء أو صفراوية اللون يتراوح حجمها من عدة ملليمترات إلى عدة سنتيمترات يصيب المرض الذكور والإناث بنسب متساوية تقريبا ويظهر عند الكبار والصغار .

والصدفية من الأمراض الشائعة تتراوح نسبته ما بين ٨-١٠% من مجمل الأمراض الجلدية أما السبب الأساسى للصداف فغير معروف لكن يعتقد أن الوراثة تلعب دورا بارزا فى الإصابة به نظرا لوجود عائلات برمتها أو عدد معين من عائلة واحدة مصابين به كما قد تكون للإعتلالات العصبية (القلق ، صدفة ، الخوف ، توتر عصبى) أو لوجود بؤر عفنة أو بؤر جرثومية دور فى ظهور هذا المرض .

ولا يوجد حتى اليوم علاج ناجح ونهائى للصداف والعلاجات المعروفة والمتداولة لا تهدف إلا إلى تخفيف الأعراض . هذه العلاجات هى ذات فعالية ولكنها وقتية إذ يبدو التحسن ولو بنسب متفاوتة ولكن لا يلبث المرض أن يعود ويستفحل موسميا (فى الخريف أو فى الربيع) أو عند أية صدمة نفسية أو خوف كبير .

(الموسوعة العربية الطبية – صـ ١٧٤٨)

والصدفية من الأمراض التى يؤدى منظرها إلى إنزعاج وقلق نفسى للعين وله أشكال متعددة فمنه ما هو نقطى يوضحه شكل رقم (٧) وهناك شكل جغرافى يبدو بسطوح غير منتظمة وهو قد يكون محصورا أو متعمما كما أنه قد يصيب الأظافر حيث تبدو محفورة على شكل نقاط يوضحه نقاط رقم (٨) وقد يصيب المفاصل (الصداف المفصلى) حيث يؤدى حينئذ إلى آلام مفصلية وإلى تشوهات مزعجة .

(محمد أديب البطل ١٩٩٥ – ٧٦ : ٨٠)



شكل رقــم (٦)

شكل رقــم (٧)

يوضح تغير شكل ولون الصفيحة الظفرية
في الصدفيـــة

شكل رقــم (٨)

كذلك فإن هناك عددا قليلا من المصابين بمرض الصدفية يصابون أيضا بداء المفاصل خاصة فى أصابع اليدين والقدمين التى تصبح حمراء وتنتفخ وتتصلب كذلك يحدث نمو سريع للأظافر الت ىتصبح سميكة ومتقشرة وداء الصداف ليس مؤذيا إلا أنه يمكن أن يكون مزعجا جدا لأنه يؤثر على مظهر الجلد والشخص حيث ينزع الكثير من المصابين به إلى إخفاء جلدهم قدر الإمكان وخاصة عند التعرض لأشعة الشمس أو ممارسة الرياضة بالإضافة إلى ذلك يمكن أن يحدث بعض الألم فى بعض المواقع وكذلك بعض الحكاك .

(شيلدر هاربى ١٩٩٢ – ٥٨ : ٥٩)

والأعراض الرئيسية فى الصدفية هى وجود صفائح حمراء مع قشرة جافة بيضاء أو فضية بيضاء والصفائح الحمراء صلبة يصاحبها إحساس بالتوهج بالإضافة إلى الإحساس بالحكة هذه الصفائح أو ا لقشرة الفضية كاملة الجفاف والصلابة وتغطى مساحات مختلفة من الجسم ، كما تظهر فى فروة الرأس والوجه والذراعين والرجل والخلف أو فى الظهر أحيانا تتأثر بها جفون العين وأظافر اليدين وتظهر الصدفية لفترة معينة ثم تختفى ثم تعود مرة أخرى وهكذا تختفى وتظهر .

ويرى كين وميلر ***(Keane & Miller 1987)*** أن الصدفية حالة مزمنة واضحة ووصف الرقع أو الصفائح الحمراء بأنها حرشفية ورقائقية سميكة وأن نسبة انتشار الصدفية من ١ : ٢% من الناس عامة .

ويحدث فى الصبدفية تغيرات فى طبقات الجلد المختلفة حيث يرتفع معدل فقدان الماء من الجلد ولهذا يفقد الجلد مرونته الطبيعية ويصاب بالتشققات وبخاصة فى الأماكن التى يستعملها الإنسان بكثرة والتى تحتاج إلى الليونة مثل راحة اليدين وأخمص القدمين ووجود هذه التشققات فى الجلد يجعل المواد الغريبة تدخل الجلد مما يؤدى إلى سوء حالة المريض .

وقد عرفها بكلون ***(Buklon, 1990)*** فى كتابة Essential of Dermatology بأنها استجابة إلتهابية مزمنة للجلد تتميز بزيادة فىَ تكاثر خلايا

الجلد الأساسية مع انتقال سريع لخلايا مـــع انتقـــال ســـريع لخلايـــا الإبيـــدرم (epidermal) وينتج عنها صفائح حرشفية ســـميكة [أو قطـــع جلديـــة مغطـــاة بحراشيف بيضاء – أو فضية – سميكة] غالبا ما تتأثر الأظافر ويحدث انفصـــال لصفائح الأظافر من مكانها – وتميز أنواعها بالمناطق التى تصيبها الجسم .

(J. Buklon 1990 –p. 13)

وقد لوحظ أن الإضطرابات الإنفعالية تلعب دورا هامـــا فـــى الإصابـــة بمرض الصدفية حيث قام ويتكور ***(Wittkower)*** بمناقشبات مـــع ٨٦ مريـــض بالصدفية من الجيش البريطانى ولم يجد نمطا للشخصية خاص بمرض الصدفيـــة ولكنه وجد أن المرضى لديهم لا توافق شخصى انفعالى مع ظهور دور العوامـــل الإنفعالية فى نشأة المرض ، وقد وجد ذلك فـــى ٤٩ حالـــة كحـــد أقصـــى وأن اللاتوافق الشخصى الإنفعالى يعمل كعامل نفسى مســـبب ومحـــرك للإســـتعداد للإصابة .

وربما يلعب العامل الإنفعالى دورا فى الإنتكاسة وعودة المرض وزيـــادة شدته وقد أكد هذه النتائج إنجرام ***(Ingram, 1954)*** وأوضـــح مـــا للعوامـــل النفسية المهيئة من أهمية فى الإصابة وعدم وجـــود نمـــط خـــاص للشـــخصية المصابة بالصدفية وأنه لما سبق ذكره صنفت الصدفية بأنها مرض سيكوسوماتى وأكد وولمن ***(Wolman)*** أن أسباب الصدفية غير معروفة تماما ولكنها تتضـــح فى المواقف الضاغطة Stressful Situations وقد ذكر أن إحدى المريضـــات بالصدفية انتكست مرة أخرى بعد شفائها وعاودتها الصدفية بصورة شديد عنـــد تعرضها لثورة انفعالية من جراء مرض طفلها وانفصالها عن زوجها .

وقد أوضح وولمن ***(Wolman 1988)*** ما للعوامل النفسية من دور هام فى بداية واستفحال المرض والأعراض لـــدى ٣٩ إلـــى ٨٠% مـــن مرضـــى الصدفية بمقارنتهم بـــ ١٠% إلى ٥٠% من العينة الضابطة فى تجربة أجراها .

(E.Brahler et al., 1988 p.– 63)

أنواع الصدفية

الصدفية من الأمراض الجلدية الإلتهابية والتى تتدخل عدة عوامل فـــى حدوثها منها العوامل الوراثية فيمكن أن تحدث وتنمو لدى الفرد فـــى أى عمـــر كذلك يمكن أن تحدث لها انتكاسة تلقائية بدون أسباب مرئية معروفة ويأخذ هـــذا المرض عدة أشكال حتى أنه يمكن أن يسبب عجزا فى بعض الحـــالات الحـــادة وقد أثبتت التجارب أنه أحيانا ما يصبح هذا المرض مميتا ، ويظهر المرض فـــى عدة أعراض منها البقع الحمراء المغطاة بقشور فضية بيضاء سميكة من الســـهل التعرف عليها .

ومن أنواع الصدفية :

١- Guttate Psoriasis

ويتميز هذا النوع بوجود آفات قليلة على البدن ويميل إلى أن يحدث هـــذا النوع فى الأشخاص ذوى الأعمار الصغيرة وغالبا ما يحدث هـــذا النـــوع مـــن التهابات اللوزتين ويحمل من ميكانيزمات مناعية وربما يؤدى تناول جرعة كبـــير المدى من البنسلين منع انتكاس الصدفية .

٢- Pustular Psoriasis

ويمكن أن يقتصر هذا النوع على راحة اليد أو أخمص القدميـــــن لـــدى الأشخاص ذوى الأعمار المتوسطة وتتميز بظهور مناطق جلدية ملتهبة يصاحبها ظهور بثور صفراء أو بيضاء والحالة غالبا ما تقاوم العلاج ويمكـــن أن يشـــمل هذا النوع الجسم كله وغالبا ما تكون هذه الحالة مميتة .

٣- Flexural Psoriasis

ويتمركز هذا النوع من الصدفية فى ثنايا الجسم وغالبا ما تظـــهر لـــدى كبار السن وتمتاز بالقشور (Scales) .

٤- Scalp Psoriasis

ويتميز هذا النوع بظهور قشرة رأس سميكة على شكل رقع ويمكن أن تسبب صلع وبالعلاج الناجح للصدفية يمكن من اختفاء الصلع .

٥- Psoriatic Arthopathy

وهو ألم فى المفاصل مع وجود الصدفية فوق المفاصل وإذا إجرى للمريض اختبارات خاصة بالروماتويد سوف تكون النتيجة سالبة ولكنه يشعر بألم فى المناطق التى تنمو فيها الصدفية والمصابة بها ، وهذا النوع شائع لدى المصابين بخاصة فى أصابع اليد .

٦- Napkin Psoriasis

ويبدأ هذا النوع بهرش شديد والذى يصبح بعد ذلك أحد أشكال الصدفية وينمو هذا النوع مكان الحفاض لدى الأطفال ولذا سمى بهذا الإسم ، وربما يكون مستقبليا إكزيما أو استعداد للإصابة بالصدفية .

(J.L.Buklon 1990 –p. 13 : 17)

مما سبق يتضح أن الأمراض الجلدية محل الدراسة (ارتيكاريا – إكزيما صدفية) هى أمراض متنوعة ينقسم كل مرض إلى عدة أنواع تختلف فى مسبباتها وفى مكان الإصابة ولكنها تكاد تكون متشابهة الأغراض. إلا بعض الأعراض القليلة المميزة لكل نوع من الأنواع.

وخلاصة القول :

إن الأمراض محل الدراسة يلعب الجانب النفسى فيها دورا سواء كان هذا الدور فى بدايتها أو فى تفاقمها أو جانب ناتج عن الإصابة وتتسبب هذه الأمراض فى عجز المريض عن الحركة أحيانا كما فى الصدفية أو الإكزيما. والألم الشديد والحكة المستمرة والتى قد تؤدى إلى جرج جلد المريض كما فى الإرتيكاريا الإكزيما بخاصة.

وهنا تؤثر هذه الأمراض تأثيرا مباشرا أو غير مباشر على قدرات الفرد وسماته والتى قد تؤثر على فكرته عن نفسه وإدراكه لذاته ، كما يتأثر سلوكه وعلاقاته بالآخرين وفقا لمفهومه وفكرته عن نفسه وإدراكه لها مما قد يسبب سوء حالته الصحية واستفحال المرض لديه. ومن هنا نبعث أهمية هذه الدراسة.

الفصــــل الرابـــع

الإطار المنـهجى والإجراءات

- مقدمة
- الفروض
- العينه
- الأدوات
- الأساليب الإحصائية

مقدمة

يزن الباحث فى المرحلة الأولى من بحثه ، مزايا الطرق المختلفة لجمع البراهين وبعد أن يحدد المدخل الذى يؤدى إلى شكل ونوع البيانات اللازمة لاختبار صدق فرضة ، يفحص ما تيسر له من أدوات ويختار أكثرها ملائمه لتحقيق هدفه. فإذا كانت الأجهزة والأدوات المتوفرة لا تتناسب مع مطالبه الخاصة فقد يكملها أو يعدل فيها أو يعد أجهزة خاصة له.

(فان دالين ١٩٩٦ -٣٨٨)

فأدوات البحث وعنيته من العوامل الهامة التى تؤثر فى نتائجه لذا يجب أن تعد أدوات البحث أو تختار بعناية وتنتقى عنيته بأسلوب مناسب حتى يمكن الثقة فى نتائج البحث وتعميمها على حالات مشابهة وقد استخدمت الباحثة فى هذا البحث عدة أدوات منها ما أعدته الباحثة (مقياس الأمراض الجلدية) ومنها ما هو معد من قبل.

(مقياس تنسى لمفهوم الذات) (قائمة كورنل الجديدة للأعراض العصابية والسيكوسوماتية) وكذلك استخدمت الباحثة منهج دراسة تاريخ الحالة كنوع من البحث المتعمق عن العوامل التى تسهم فى فردية المرضى بأمراض جلدية سيكوسوماتية.

وكنوع من التعمق فى العوامل والقوى التى تحكم سلوك هؤلاء الأفراد وذلك بهدف رسم صورة شاملة متكاملة للمرض.

خطة البحث

إن البحث دائما ما يبدأ بمشكلة وطبيعة الفروض تتحكم فى الطرق المنهجية التي يستخدمها الباحث والتى يسعى من خلالها للإجابة على تساؤلات بحثة أو التأكد من صحة فروضه.

وقد تتنوع الأساليب والأدوات التى يستخدمها الباحث للحصـــول علـــى المعلومات اللازمة لحل مشكلة بحثه.

وتهدف خطوات البحث العلمى لتحقيق أهدافه ويتحقق ذلك مـــن خـــلال منهج علمى محكم يتفق وطبيعة الظاهرة موضوع البحث فالإنسان كـــائن معقـــد ومتقلب المزاج والظاهرة موضوع البحث الأمراض الجلدية السيكوسـوماتية ذات طبيعة خاصة ولها آثار على الفرد المصاب بها سواء كانت هذه الآثار جســـمية أو نفسية أو إجتماعية هذه الآثار من شأنها أن تؤثـــر علـــى ســـلوك المصـــاب وتصيبه بنوع من القلق والتوتر الناجم عن الحالة الصحية له ومن ثم فتكون لـــها آثارها على التفاعل الاجتماعي بين أنا المريض والآخر.

وكنوع من المحاولة فى الوصول إلى صورة اكلينيكية أشمل فقد قـــامت الباحثة باستخدام المنهج شبه التجريبى للتأكد من صدق فروض البحـــث والـــذى يرمى إلى معرفة مفهوم الذات ومدى تأثره بالإصابة بالمرض الجلدى وقد نوهت الباحثة إلى الأنواع المتعددة للأمراض الجلدية محل الدراسة فى الفصل الثـــالث من البحث (صـــ ٩٦ : ١١٦) وفيما يلى عرض للإطار المنهجى الذى اتبعتـــه الباحثة والذى بدأته بعرض لفروض الدراسة.

فروض الدراسة

١- توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين مجموعتى الإرتيكاريـــا والمجموعـــة الضابطة فى أبعاد مفهوم الذات كما يقيسه مقياس تنسى فى اتجاه المجموعـــة الضابطة وفى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية فى اتجـــاه مجموعة الإرتيكاريا.

٢- توجد فروق ذات دلاله إحصائية بيـــن مجموعتـــى الإكزيمـــا والمجموعـــة الضابطة فى أبعاد مفهوم الذات كما يقيسه مقياس تنسى فى اتجاه المجموعـــة الضابطة وفى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية فى اتجـــاه مجموعة الإكزيما.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الصدفية والمجموعة الضابطة فى أبعاد مفهوم الذات كما يقيسه مقياس تنسى فى اتجاه المجموعة الضابطة وفى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية فى اتجاه مجموعة الصدفية.

٤- توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين مجموعتى الصدفية والإرتيكاريا فى فى أبعاد مفهوم الذات كما يقيسه مقياس تنسى وفى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية.

٥- توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين مجموعتى الإرتيكاريا والإكزيما فى فى أبعاد مفهوم الذات كما يقيسه مقياس تنسى فى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية.

٦- توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين مجموعتى الصدفية والإكزيما فى أبعاد مفهوم الذات كما يقيسه مقياس تنسى فى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية.

٧- تختلف ديناميات شخصية مرضى الجلد السيكوسوماتيين باختلاف نوع المرض الجلدى كما تظهر من دراسة تاريخ الحالة.

عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة وفقا لفروض الدراسة من عينتين تمثل العينه الأولى عينة الدراسة السيكومترية وتمثل العينة الثانية:- عينة دراسات الحالة.وسوف تقوم الدارسة بشرح لكيفية اختيار العينتين:-

أولا: عينة الدراسة السيكومترية:

تتكون عينة الدراسة السيكومترية من مجموعتين:

المجموعة الأولى:- عينه التى تضم الأمراض الجلدية السيكوسوماتية التى أقيمت الدراسة من أجل دراستها وقد تكونت من ٩٠ مريض صنفوا كالآتى

١-حالات الإرتيكاريا	٣٠ مريض ومريضة
٢-حالات الإكزيما	٣٠ مريض ومريضة
٣- حالات الصدفية	٣٠ مريض ومريضة

وقد تم اختيار الحالات هذه المجموعات الثلاث بناء على المعايير الآتية:-

أولا: التشخيص الطبى

الذى انقسم فى هذا البحث إلى جزئيين: الجزء الأول: وهو إختيار الحالات من العيادات الخارجية والأقسام الداخلية للمستشفيات الأتية:

١-مستشفى الحوضى المرصود بالقاهرة.
٢-مستشفى غمرة العسكرى بالقاهرة.
٣-المستشفى الجامعى بمدينة طنطا.

وقد تم اختيار عينات الصدفية والإكزيما بخاصة بتأكيد التشخيص الطبى وذلك بعد ان قامت الباحثة بشرح الهدف من الدراسة للأطباء القائمين بالتشخيص.

ثانيا:- التشخيص السيكولوجى

حيث تم التأكد من وجود جانب نفسى لدى المرضى عن طريق تطبيق قائمة كورنل الجديدة ١٩٩٥ والتى قام بإعدادها أ.د. محمود السيد أبو النيل والتى تستخدم لتشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية.

ثالثا:- مقياس الإضطرابات الجلدية [من إعداد الباحثة]

والذى يتناول الأمراض الجلدية محل الدراسة (أرتيكاريا- صدفية- إكزيما) وكانت دلالته أنه إذا حصل المريض على درجات مرتفعة فى مقياس

الإرتيكاريا كان المرض الذى يعانى منه المريض هو الإرتيكاريا وهذا ينطبق على باقى الأمراض.

وقد أعتمدت الباحثة على هذا المقياس فى اختيار معظم أفراد عينة الإرتيكاريا وذلك لتأكيد التشخيص الطبى السابق الذى يخبر به المريض وذلك لأن الباحثة قد وجدت صعوبة كبيرة فى الحصول على أفراد العينة والتطبيق عليهم فى المستشفيات وبخاصة فى الأقسام الداخلية لها.

وترتبط بطبيعة المرض من حيث أنه مرض يظهر لفترة وجيزة أى يوم أو يومين ويكون تردد المريض على العيادات الخارجية قليل وتكون مدة مقابلته للطبيب قصيرة كذلك سهولة التخلص من أعراض المرض تجعل المريض لا يمكنه البقاء فى المستشفى لفترة طويلة.وكانت الطريقة الأساسية فى اختيار هذه العينه هي اللجوء إلى كل من يعرف مريضا بالإرتيكاريا وسؤاله عن الأعراض وتطبيق مقياس الأمراض الجلدية ومقياس كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية مع عمل مقابلة قصيرة محددة تسأل فيها عن عدد مرات الإصابة ، هل تختلف الأعراض فى كل مرة من حيث مكان الإصابة والحدث الذى يسبق الإصابة أو تعرض الفرد لضغوط أو تعرضه لمعاناه انفعالية قبل الإصابة.

أما فى الصدفية والإكزيما فقد كان اختيارهم من الأقسام الداخلية والخارجية للمستشفيات التى سبق الحديث عنها.

<u>المجموعة الثانية:-</u> وقد تتكون هذه العينة من ٣٠ فرد من الأصحاء والذى تم اختيارهم بناء على المعايير الآتية:-

١-عدم التردد على العيادة الطبية والشكوى من أى مرض جلدى .

٢-الحصول على أقل من ٢٠ درجة فى قائمة كورنل مما يدل على عدم وجود شكوى طبية أو اضطراب نفسي.

٣-عدم التردد على أى عيادة نفسية أو مستشفى عقلى.

العينة المستخدمة في دراسة الحالة:-

تتكون من ثلاثة أفراد من المرضى المصابين بالإرتيكاريا ، الإكزيما، الصدفية.

خصائص العينة السيكومترية:-

١- عينة الإرتيكاريا

متوسط السن : ٣٧,٨
النوع : ١٩ إناث ، ١١ ذكور
المؤهل : ١٤ عليا، ٢ فوق المتوسط ، ١٢ متوسط ، ١٢ إعدادية
الحالة الإجتماعية : ٧ أعزب ، ٢٣ متزوج.

٢- عينة الإكزيما

متوسط السن : ٣٩ سنة
النوع : ١٥إناث ، ١٥ذكور
المؤهل : ١٠عليا ، ٥ فوق المتوسط ، ٧ متوسط ، ٨ إعدادية
الحالة الاجتماعية : ٢٤ متزوج ، ٦ أعزب.

٣- عينة الصدفية

متوسط السن : ٤١,٤
النوع : ١١ إناث، ١٩ ذكور
المؤهل : ١٠ عليا، فوق المتوسط ، ١٢ فوق المتوسط ، ١٨ إعدادية
الحالة الاجتماعية : ٢٥ متزوج، ٥ أعزب

٤- العينة الضابطة

متوسط السن : ٣٤,٤٦
النوع : ١٦ إناث، ١٤ ذكور
المؤهل : ١٥ عليا، ٦ فوق المتوسط، ٨ متوسط، ١ إعدادية
الحالة الاجتماعية : ١٦ متزوج ١٤ أعزب

جدول (٢) : يوضح خصائص العينة التجريبية والضابطة من حيث النوع

النوع	أرتيكاريا		إكزيما		صدفية		أصحاء	
	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%
ذكور	١١	%٣٦	١٥	%٥٠	١٩	%٦٣	١٤	%٤٦.٦
أناث	١٩	%٦٣	١٥	%٥٠	١١	%٣٦	١٦	%٥٣,١٦
المجموع	٣٠	%١٠٠	٣٠	%١٠٠	٣٠	%١٠٠	٣٠	%١٠٠
$كا^2$	٤,٢		صفر		٤,٢		١	

وبحساب كا٢ وجد أنه لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين المجموعات الثلاثة فى متغير الجنس من حيث كانت كا٢ الجدولية=

٠.٠٥=٤٢,٥ ٠,٠١=٤٩,٥٩

جدول رقم (٣) : يوضح خصائص العينة التجريبية والضابطة من حيث التعليم.

المؤهل	أرتيكاريا	إكزيما	صدفية	ضابطة
عليا	١٤	١٠	١٠	١٥
فوق المتوسط	٢	٥	ـــــــ	٦
متوسط	١٢	٧	١٢	٨
اعدادية	٢	٨	٨	١
كا٢	١٦,٣٩	١,٧٢	١١,٠٦	١٣,٣٤

بحساب كا٢ وجد ، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة على متغير التعليم حيث كانت $كا^2$ الجدولية =

٠,٠٥ = ٤٢,٥٦ ٠,٠١ = ٤٩,٥٩ ٠,٠٠١ = ٥٨,٣

جدول رقم (٤) : يوضح خصائص العينة التجريبية والضابطة من حيث متغير الحالة الإجتماعية .

الحالة الاجتماعية	أرتيكاريا		إكزيما		صدفية		أصحاء	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
أعزب	٧	%٢٣,٣	٦	%٢٠	٥	%١٦,٦	١٤	%٤٦,٦
متزوج	٢٣	%٧٦,٦	٢٤	%٨٠	٢٥	%٨٣,٣	١٦	%٥٣,٣
المجموع	٣٠	%١٠٠	٣٠	%١٠	٣٠	%١٠٠	٣٠	%١٠٠

أدوات الدراسة

أولا : مقياس تنسى لمفهوم الذات

<u>طبيعة المقياس :</u>

يحتوى المقياس على مائة عبارة تتضمن أوصافا ذاتية يستخدمها المفحوص ليرسم عن طريقها صورة ذاتية عن شخصة.

ويطبق المقياس بواسطة المفحوص سواء أكان فرد أم كانوا جماعة ويمكن استخدام المقياس مع مفحوصين فى مرحلة عمرية تبدأ من ١٢ أو أكثر ممن أمضوا ٦ سنوات دراسية على الأقل كما أنه قابل أيضا للإستخدام لجميع الأفراد فى مجال التوافق النفسى بدءا من الأصحاء ذوى التوافق الجيد وحتى المرضى الذهانيين.

ويتضمن مقياس تنسى مقياسين رئيسين وزعت عليهم الدرجات (البنود).

المقياس الأول :- يتمثل فى ٩٠ بند تمثل هذه البنود تمثل دجة اعتبــار الــذات ونصف هذه البنود موجبة والنصف الأخر سالبة وقد عكسة فى صحيفة التصحيح.

المقياس الثانى :- يتمثل فى ١٠ بنود من ٩١-١٠٠ وتمثل مقياس نقد الــذات ويضم المقياس بعض الدرجات الفرعية وهذه الدرجات تمثــل مقاييس بسيطة متمثلة في درجة التوزيــع ودرجــة التغايريــة وتمثل ارتفاع الدرجة على هذا المقياس اتجاه إيجابى لمفــهوم الذات لدى أصحاب الدرجات المرتفعة على المقيــاس واتجــاه سلبى لدى أصحاب الدرجات المختلفة.

<u>التصحيح :-</u>

أ- *مقياس نقد الذات :-* وهو مقياس لمدى توفر السمات الســوية والصحــة النفسية لدى الفرد وامكانية للنقد الذاتى والدرجة المرتفعة تشير إلى احتمــال افتقار الفرد للدفاعات الذاتية يتكون هذا المقياس من عشرة بنود اســتخلصت من بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية M.M.P.I و يستخدم لــهذا المقياس صحيفة الإجابة نفسها تجمع فيها الإجابات المحاطــة بدوائــر رقــم ٩١-١٠٠ ونضع المجموعة فى الربع المعنون مدنى.

ب- *الدرجة الموجبة(ج) :-*

تشتق هذه الدرجات من مصفوفة التصنيف الظــاهرانى وتشــمل علــى معانى أولية وهى:-

١-ماذا أكون ؟

٢-هذا ما اشعر به نحو نفسى.

٣-هذا هو ما أفعلة.

وعلى أساس هذه الأنواع الثلاثة من البنــود الفئــات الأفقيــة الثلاثــة للمصنوفه وتمثل هذه الدرجات مرجع داخلى يقوم الفرد فى نطاقة بوصف نفسه.

الدرجة ج الكلية:-

تعكس المستوى الشامل لاعتبار الذات ويميل أصحاب الدرجة المرتفعة إلى تقبل أنفسهم ويشعرون انهم أشخاص من ذوى القيمة والحيثية يثقون فى أنفسهم ويتصرفون وفقا لذلك ويشعر الأشخاص ذوى الدرجات المنخفضة بالشك فى قيمتهم الشخصية ويرون أنفسهم أشخاص غير مرغوب فيهم.

الدرجة ج للشخص الأول- الهوية:-

وهى تتكون من بنود ماذا أكون حيث يقوم الفرد هنا بوصف هويته الأساسية أى ماذا يكون كما يرى نفسه

الدرجة ج للصف الثانى- الرضا عن الذات:-

وتعكس هذه الدرجة بصفة عامة مستوى الرضا عن الذات أو قبول الذات حيث يصف فيها الفرد ما يشعربه نحو الذات.

الدرجة ج للصف الثالث- السلوك:-

وتقيس هذه الدرجة ادراك الشخص لسلوكة أو للطريقة التى يعمل بها.

العمود (أ) الذات الجسمية.

تقيس فكرة الفرد فى جسمه وحالتة الصحية ومظهرة الخارجى ومهاراته، حالته الجنسية.

العمود (ب) الذات الأخلاقية

تقيس هذه الدرجة الذات من خلال اطار مرجعى مثالى أخلاقى من ذلك لقيمته الأخلاقية والعلاقة بالله واحساس الفرد بكونه شخصا طيبا أوغير طيب ورضاء الشخص عن عقيدته أو عدم اعتناقة لعقيدة ما.

العمود (جـ) الذات الشخصية.

تقيس هذه الدرجة احساس الشخص بالقيمة الشخصية أى احساسه بأنه شخص مناسب وتقديره لشخصه دون النظر إلى هيئته الجسمية أو علاقاته بالآخرين.

العمود (د) الذات الأسرية:-

تعكس هذه الدرجة مشاعر الشخص بالملاءمه والكفاءة كذلك حدارته وقيمته بوصفه عضوا فى اسرته وهى تشير إلى ادراك الشخص لذاته فى تعلقها باقرب دائرة من الرفاق.

العمود (هـ) الذات الاجتماعية.

تعكس هذه الدرجة ادراك الذات فى علاقتها بالآخرين غير أنها تتعلق بالآخرين بطريقة أكثر عمومية.

وتضم الدرجة (جـ) الموجبة من خلال صحيفة التصحيح وتثقيب العلامات فتظهر لنا فى كل ورقة من الخمس ورقات ١٨ صف كل صف ٦بنود وعلى مدى الخمس ورقات يصبح الإجمالى ٣ × ٥ = ١.٥

ولحساب هذه الخطوة يتعين علينا تصميم جدول كما هو موضح فى كتيب البنود شكل (أ) ثم نضع ورقة التصحيح على ورقة الإجابة فتظهر لنا من خلال الفتحات المثقوبة كل ٣ صفوف مجتمعة أو غير مجتمعة المهم أن كل ٦ صفوف ترصدها على أنه خلية فإذا؟ الإجابة الخاصة بالذات الجسمية مثلا فإننا نجمع الدرجات الخاصة بالخلية الأولى وتضعها فى خانه ثم نجمع الدرجات الخاصة بالخلية الثانية ونضعها فى خانه وكذلك نجمع الدرجات الخاصة بالخلية الثالثة ونضعها فى خانه. ونجمع بعد ذلك مجموعة الخلايا الثلاث ثم نكرر العملية وأنها على مدى الخلايا الباقية.

(أ) درجات، الصفوف :

نجمع أفقيا مجموعة الخلايا الخمس للصف الأول يتمثل فى صف الهوية ونضع الناتج فى عمود إجمالى الصفوف تكرر العملية ذاتها فى باقى الصفوف.

(ب) درجات الأعمدة

نجمع رأسيا مجموعة الخلايا الثلاث للعمود (أ) الذات جسمية وضع الناتج فى القسم الخاص بإجمالى الأعمدة تكرر العملية السابقة فى الأعمدة الأخرى.

(جـ) الدرجة الكلية

يمكن حساب هذه الدرجة بأى من مجموع الصفوف أو الأعمدة لأنها واحدة فى أى من الحالتين

<u>٣-درجة التغايرية</u>

وتعنى التغايرية عدم الاتساق بين مجال وأخر من مجالات ادراك الذات.

(أ) درجات الصفوف

نطرح أصغر قيمه الخلايا من أكبر القيم ونضع الناتج فى خانة التفايرية للصفوف.

(ب) درجات غ للأعمدة :

نطرح أصغر رقم الأعمدة من الأكبر القيم ونضع الناتج فى خانة التغايرية للأعمدة.

(جـ) درجات ع الكلية:-

نجمع درجة الأعمدة ع للصفوف ونضعها فى خانة مدى التقايرية من الخلايا.

٤- درجة التوزيع:

وتختصر إلى (ت) وتستخدم للإشارة إلى الطريقة التى يوزع بها المفحوص إجاباته على بدائل الاجابات الخمس لكل بند فإذا تم اختيار البدائل الحاسمة أو القاطعة (مثل إجابتى ١،٥) بما يعكس ثقة فى مفهومه عن ذاته أو يختار بدائل الوسيطة المرنه مثل إجابات (٢، ٣، ٤) وهى درجة تلخيص توضح الطريقة التى يوزع بها المرء اجاباته غير الاختبارات وهى الخمس المتاحة عند استجاباته عن بنود الاختبار وهى تفسر أيضا بوصفها مقياسا آخر لجانب من أدراك الذات وهى الثقة فى الطريقة التى يرى الشخص بها نفسه وتشير الدرجات المرتفعة إلى أن الفحوص شديدة الثقة والتأكد مما يقوله عن نفسه بينما تشير الدرجات المنخفضة إلى العكس تماما ويستخدم أصحاب هذه الدرجات (٣) للإجابة على البنود الخاصة بها تمسك بورقة الإجابة المحاطة بنودها بدوائر نلاحظ أن الورقة مقسمة إلى أربعة أقسام كل قسم به ، بند وخمس أعمدة تبدأ من ١:٥ ولحساب هذه الدرجة يتعين عدد الخمسات المحاطة بدوائر أى الدرجة ٥ على مدى بنود المقياس ثم نكرر العملية على الأربعات والثلاثات والأثنينات والآحاد ونصمم جدول مكون من خمس خانات نضع به الأرقام السابقة.

نضرب عدد الخمسات × ٥ ونضع عدد الأربعات كما هو وتهمل عدد الثلاثات ونضع عدد الأثنينات كما هو ونضرب عدد الآحاد فى × ٢ نجمع القيم الناتجة ما عدا الثلاثات لتصبح القيمة الناتجة (درجة ت).

أولا: الصورة الأجنبية للمقياس

قام بإعداد هذه الصورة وليم فيتس بالاشتراك مع قسم الصحة النفسية بتنسى عام ١٩٥٥ وكان الهدف من اعدادة التوصل إلى كيفية ادراك الفرد لذاته باعتبار أن مفهومه لذاته هو المحدد الأول للسلوك فالشخص الذى يرى نفسه سيئ سوف يميل إلى أن يسلك سلوك يوافق هذه الصورة. والشخص الذى يكون لديه مفهوما شاذا أو منحرفا عن نفسه يميل إلى السلوك بأساليب منحرفة وشاذة وكذلك الشخص الذى يكون مفهومه عن نفسه ايجابيا فسوف يسلك سلوكا يؤكد الجوانب الإيجابية التى يدركها فى ذاته.

وقد اشتقت بنود هذا المقياس من بنود خاصة بوصف الذات وكان مصدر هذه البنود هو مجموعة من المقاييس الأخرى لمفهوم الذات أو وصف الذات وبعض البنود الأخرى من أوصاف للذات كتبها أفراد من المرضى ومن غير المرضى.

ويتاح هذا المقياس فى صورتين الصورة الإرشادية والصورة الإكلينكية البحثية والفرق بينهم يتركز فى طريقة الصحيح ونظام الصحة النفسية (البروفيل)

تقنين الصورة الأجنبية للمقياس:-

أولا الثبات

كانت مجموعة التقنين التى اشتقت منها المعايير عينه كبيرة تتكون ٦٢٦ فرد وشملت العينة مناطق مختلفة من البلاد وبأعمار تمتد من ١٢-٦٨عاما

وقد اعتمدت حساب ثبات المقياس على طريقة إعادة الاختبار بعد أسبوعين على عينة تبلغ ٦٠ شخص وكان معامل الثبات مرتفع إذ بلغ ٠,٩٢ وللدرجة الكلية و٠,٧٥ ولمقياس نقد الذات وقد تحقق أيضا من خلال التشابه المميز الانحرافية ويقع أغلبها فى المدى ٠,٠٨ ، ٠,٩

ثانيا: الصدق:

استخدمت أربعة إجراءات مختلفة لتقدير الصدق هى.

(١) صدق المضمون (٢) التميز بين المجموعات

(٣) الارتباط بمقاييس أخرى للشخصية (٤) تغيرات الشخصية تحت ظروف معينة

أولا: صدق المضمون

والهدف هنا هو ضمان الثقة فى النظام التصنيفى المستخدم فى درجات الصفوف ودرجات الأعمدة. وقد سبق الإشارة إلى ذلك سابقا فى المقياس عندما يتحقق إجماع تام المحكمين عل ى أنه مصنف تصنيفا صحيحا وعلى هذا فيمكننا

من منظور منطقى افترض أن فئات المقيـــاس ذات معنـــى وأنـــها ذات قيمـــة اتصالية عامة.

ثانيا: التمييز بين المجموعات

أجريت تحليلات احصائية تم من خلالها مقارنة أداء عينة كبـــيرة مـــن المرضى السيكايتريين (٣٦٩مريضا) بأداء الـــ٦٢٦ فحوصا من غير المرضـــى والذين يمثلون عينة التقنين وقد أسفرت النتائج عن مستويات دلالة عالية للفـــروق بين المرضى وغير المرضى أغلبها عنـــد مســـتوى ٠,٠٠١ لكـــل الدرجـــات المستخدمة فى هذا المقياس.

ثالثا: الارتباط بمقاييس أخرى:-

ارتبطت درجات المقياس بدرجات قائمة متعـــددة الأوجـــه للشـــخصية وكانت نسبة الارتباط مرتفعة كما ارتبطت درجات المقياس وخاصة الدرجـــة ج الكلية بدرجات مقياس ايزارد للتقدير الذاتى.

كذلك قام حيفدن ١٩٥٩ ببحث لتقديم آثار الضغوط العصبيـــة والفشـــل على مفهوم الذات وأظهرت النتائج قبل وبعد تقديم الخبرة المتمثلة فى أن الفشـــل مهانه وانخفاضا جوهريا فى الدرجات كما أظهر كلتا المجموعتان درجة أقل مـــن الثقة فى وصف الذات كما قيست بإنخفاض فى درجة التوزيع "ت"

تطبيق الصورة العربية لمقياس مفهوم الذات لوليام فيتس (٦١):-

١- الثبات

قام بإعداد الصورة العربية لمقياس تنسى (د.صفوت فـــرج . د.ســـهير كامل عام ١٩٨٥) حيث قاما بترجمة بنود النسخة الأصليـــة وتحديـــد ترجمـــة المصطلحات المتضمنة فى المقياس وتمثلت عينة التقنين ٤٠٠ مفحـــوص مـــن الذكور والاناث من طلاب مرحلة الليسانس ومن السنوات الدراسية المختلفة لعدد من الكليات منها القاهرة، عين شمس، الزقازيق، المنيا واستبعدت من العينـــة ٢٣

حالة منتجة لنقص البيانات الخاصة بأحجامها أو عدم إكمالهم الإجابة فبلغ العدد٣٧٧ .

ولحساب الصدق والثبات قاما بسحب ١٠٠ حاله من العدد الكلى لعينة التقنين بطريقة عشوائية ذكورا وإناث وحساب ثباتها بالقسمة النصفية (زوجى- فردى). لكل مقياس من المقاييس الفرعية على حدة.

ثم صحح بمعادلة سبيرمان- براون وكان أعلى المقاييس ثباتاهو الدفاعات الموجبة (٠,٩٠) يلية سواء التوافق العام(٠,٨٩) وأقلها ثباتا هو تكامل الشخصية(٠,٦٨).

الصدق:-

وقد ابتعد الباحثان عن صدق المضمون فى حساب الصدق وذلك لعدم مقايسته أساسا لمقاييس الشخصية ولاقتصاره على حساب صدق تصنيف البنود فى الفئات والأبعاد الأساسية التى تعيشها المقاييس.

وقد اعتمد الباحثان على صدق التكوين الفرضى حيث كانت هناك ارتباطات مرتفعة وذات دلالة بين مفهوم الذات وغيرة بين المقاييس الأخرى وحصلوا على ارتباطات مرتفعة موجبة لكل من المقاييس الفرعية لمفهوم الذات ببعض لقياس بطارية منسوتا.

(صدق اختبار تنسى على عينة الدراسة)

تم حساب صدق اختبار تنسى لمقياس مفهوم الذات باستخدام طريقة الاتساق الداخلى للإختبار وذلك بإيجاد معامل الإرتباط بين الدرجة على البعد والدرجة الكلية للإختبار لكلا من العينة الضابطة وعددها ٣٠ والعينة المرضية وعددها ٩٠.

جدول رقم (٥) : يوضح صدق اختبار تنسى باستخدام طريقة الإتساق الداخلى

العينة الضابطة = ٣٠		العينة المرضية = ٩٠			
الأبعاد	**رمز البعد**	**معامل الارتباط**	**مستوى الدلالة**	**معامل الارتباط**	**مستوى الدلالة**
الذات الشخصية	M_1	٠,٩١٠	٠,٠٠١	٠,٨٦	٠,٠٠١
الذات الأسرية	M_2	٠,٧٧	٠,٠٠١	٠,٨٠	٠,٠٠١
الذات الجسمية	M_3	٠,٧٨	٠,٠٠١	٠,٨١	٠,٠١
الذات الأخلاقية	M_4	٠,٧٨	٠,٠٠١	٠,٦٠	٠,٠١
الذات الإجتماعية	M_5	٠,٦٧	٠,٠٠١	٠,٨٣	٠,٠١
نقد الذات	T6	٠,٧٦	٠,٠٠١	٠,٧٩	٠,٠١

يوضح معاملات الإرتباط بين كل من الدرجة الكلية والدرجة على بعد من أبعاد مفهوم الذات كما يقيسة إختبار تنسى لإيجاد الاتساق الداخلى للإختبار.

حساب ثبات مقياس تنسى لمفهوم الذات :

وقد تم حساب ثبات المقياس على عينة الدراسة باستخدام طريقة التجزئة النصفية للإختبار باختيار النصف الأول (العبارات الفردي) والنصف الثانى (العبارات الزوجية) باستخدام معادلة سبيرمان-براون .

وقد كانت معاملات الثبات مرضية وقد تم استخدام هذه الطريقة على نفس عينة المرضى وقدرها ٤٠ مريض بواقع ١٥ ارتيكاريا و١٥ إكزيما و١٠ صدفية .

جدول رقم (٦) : يوضح ثبات اختبار تنسى باستخدام طريقة التجزئة النصفية

م	الرمز	البعد	معامل الإرتباط بين نصفى لإختبار	معامل الثبات
١	M1	الذات الشخصية	٠,٩٤	٠,٩٧
٢	M2	الذات الأسرية	٠,١٤	٠,٢٥
٣	M3	الذات الجسمية	٠,١٩	٠,٣٣
٤	M4	الذات الأخلاقية	٠,٤٠	٠,٥٧
٥	M5	الذات الإجتماعية	٠,٤٣	٠,٦٤
٦	T6	نقد الذات	٠,٥٠	٠,٦٧

مقياس الأمراض الجلدية [إعداد الباحثة]

أولا : الهدف من المقياس

قامت الباحثة بإعداد هذا المقياس لأغراض عملية فى الدراسة وهى :

١-فحص العينة والتأكد من التشخيص الطبى وتحديد المرض الجلدى المعين الذى يعانى منه الفرد داخل عينة الدراسة.

٢- اختيار بعض أفراد عينة الإرتيكاريا من الأفراد المرضى خارج المستشفيات الحكومية أو الخاصة ولذا كان يلزم أن تستعين الباحثة بأداة تساعد على التأكد من التشخيص السابق للمرض.

وقد قامت الباحثة بإعداد هذا المقياس بعد دراستها لقائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية والتى قام بترجمتها وإعدادها الأستاذ الدكتور محمود أبو النيل ودراستها لإختبار الإضطرابات السيكوسوماتية للدكتور كمال عبد المحسن البنا .

ومن أهم الوظائف الأساسية التى يقيسها الإختبار الأمراض الجلدية التـى يكون للعامل النفسى دور فى نشأتها وتفاقمها .

وقد سبق للباحثة عرض الإطار النظرى لكل مـرض مـن الأمـراض السابقة الذكر (فى الفصل السابق صــ ١٠١ : ١٢١).

تحديد الخصائص أو السمات المميزة لكل مرض

وقد تم تحديد خصائص كل مرض وأعراضه بـالإطلاع علـى بعـض المراجع الطبية العربية والأجنبية التى تقوم من خلالها الباحثة بتحديد الأعـراض الفارقة تشخيصيا والتى يمكن عن طريقها تحديد الأمراض المراد قياسـها وقـد كان تحديد المراجع العربية والأجنبية مشكلة بالنسبة للباحثة حيث أن الباحثة لـم تقم بدراسة طبية من قبل أما المصطلحات الطبية فقد حاولت الباحثة معرفتها مـن خلال المقابلات مع بعض الأطباء والذين قاموا بتوجيهها إلى ما يمكـن قراءتـه فبدأت بالكتب العامة وانتهت بالكتب المتخصصة .

وكذلك عمل مقابلات مع أطباء متخصصين فـى الأمـراض الجلديـة (دكتور أحمد صفوت ودكتور ايهاب أخنوخ) وذلك بهدف الإستفسار عن بعـض الأعراض التى اختلطت فى ذهن الباحثة بين الأمراض الثلاثة كالحكة الشـديدة والتمييز بينها فى الإرتيكاريا والإكزيما و الصدفية ، كذلك شكل الجلد والتطـور الذى يحدث للمريض عند الإصابة بكل من الأمراض السابقة .

وقد عكفت الباحثة على حضور مؤتمر بمستشفى الحـوض المرصـود ويضم أطباء من مختلف الجامعات والمتخصصين فى الأمراض الجلديـة فـى العنابر الخاصة بالقسم الداخلى للرجال والسيدات.

ويمكن عرض المرضى ذوى الأعراض التى تختلـط علـى بعـض الأطبـاء والإستفادة من التخصصات العلمية فى طرق العلاج وقد تم صياغة هذه السـمات والملاحظات فى عبارات على شكل أسئلة تسأل للمريض يجيب عنها المريـض بنعم أو لا.

الفئة التى سيطبق عليها المقياس

وقد صمم هذا المقياس ليكون صالحا للتطبيق على الأفـــراد المصـــابين بالأمراض الجلدية محل الدراسة فى سن الرشد والذى يتراوح بين سن ٢١ إلـــى ٦٠ سنة وقد مر على إصابتهم وعلاجهم فترة طويلة ولم يصلح العلاج الطبـــى وحده فى شفائهم ، ويتمثل ذلك فى عودة المرض مرة أخــــرى أمـــا المســـتوى التعليمى فيتراوح بين شهادة محو الأمية إلى مؤهلات عليا وعلى هذا الأساس تـم تحديد شكل الفقرات وطريقة الإجابة ويمكن أن يطبق المقياس فرديا فـــى حالــة التعليم المنخفض للمرضى أو جمعيا.

تحديد شكل الفقرات وطريقة الإجابة

وقد اختارت الباحثة أن تكون الفقرات على شكل أسئلة تسأل للمريـــض ويجيب عنها بنعم أو لا وصياغة البنود تقترب من اللغة العامية كـــى يســتطيع المرضى من ذوى التعليم المنخفض فهمها والإجابة عليها.

وقد ظهرت لدى الباحثة مشكلة فى الصياغة وهى محاولة كتابة بعـــض المصطلحات فكلمة حكة مثلا قد استبدلتها الباحثة بكلمة هـــرش وكلمـــة بثـــور وضعتها الباحثة بين قوسين (حبوب) ولم تلتزم الباحثة باللغة العربية الفصحـــى نظرا لطبيعة العينة أما بالنسبة *__لطريقة الإجابة__* فيجيب المريض بنعم أو لا وذلك للدلالة على وجود العرض أو عدمه ، فإذا كان العرض موجـــود ولـــو بشـــكل خفيف أجاب بنعم ولو كان غير موجود بالمرة أجاب بـــ لا (يقل تأثير هذا النـــوع من الإجابة بالتخمين فى هذه الدراسة وذلك لأن هذه الفقرات دالة على أعـــراض يراها المريض ويشعر بها .

طريقة التصحيح ومعنى الدرجة

يحسب لكل فقرة يجيب عنها المفحوص بنعم بدرجة و صفر للفقرة التـــى يجيب عنها بلا .

ويحسب درجة لكل من العبـــارات أرقــام ٤ ، ٥ ، ٦ ، ٧ والخاصـــة بأعراض الإرتيكاريا إذا أجاب المريض بـ لا لأنه إذا أجـاب المريـض بنعـم يعنى ذلك أن الإرتيكاريا تتولد عنده لسبب مباشر مثل تعرضه للشمس أو الـــبرد أو لمسه لشئ أثار عنده الحساسية لتظهر الإرتيكاريا ويعتبر الفرد الذى يجيـــب على فقرة واحدة أو فقرتين من المقياس بأنه مريض وذلك لأنه يجب ظهور أكثر من عرضين لكل مرض حتى يتم تحديده أما ما دون ذلـــك فيمكـــن أن تكـــون الأعراض لأمراض أخرى .

وتتعامل الباحثة فى هذا الاختبار مع الدرجة الخـــام لأنـــه كلمـــا زادت إجابات المريض بنعم كلما زاد احتمالية إصابته بأحد الأمراض الجلدية المـــــراد تشخيصها من المقياس .

تعليمات الإختبار

قدمت الباحثة للمفحوصين تعليمات توضح الهدف من المقيـــاس وكيفيـــة الإجابة عليه بالإضافة إلى بيانات شخصية عنهم .

تجربة التقنين

كان الهدف من هذه التجربة هو التأكد من صلاحية صياغـــة التعليمـــات والفقرات للمفحوصين والتوصل إلى تقدير تقريبى للزمن الذى يستغرقه الإختبـــار وكذلك الإستقرار على ترتيب الفقرات وقد قامت الباحثة بمقابلة بعض المرضـــى يقدر عددهم بخمس مرضى من كل مرض .

وقد كان هؤلاء المرضى تمثل المجتمع الأصلى للمرضى الذين ســيطبق عليهم المقياس من حيث السن والتعليم والناحية الإجتماعية وقد أخذت العينة مـــن القسم الداخلى لمستشفى الحوض المرصود أماعينة الإرتيكاريا فقد كــــانت مـــن العيادة الخارجية للمستشفى ، وقد كانت نتيجة هذه المقابلات الآتى :

١-الإستقرار على شكل الفقرات فى صورة أسئلة تسأل للمرضى .

٢- فصل كل الأسئلة التى تسأل عن كل مرض وحدها فى صورة ٣ مقـــاييس فرعية داخل المقياس الكلى .

٣- تصحيح بعض مرادفات الكلمات بما يتناســـب مـــع المســـتوى التعليمـــى المنخفض فى بعض الأحيان .

حساب ثبات الإختبار

قامت الباحثة بحساب ثبات الإختبار بطريقة إعادة تطبيقا لإختبـــار بعـــد مدة أسبوع من تاريخ التطبيق للمرة الأولى على عينة تبلـــغ ٣٠ مريـــض (١٠ إرتيكاريا ، ١٠ إكزيما ، ١٠ صدفية) بواقع ١٥ للذكور و ١٥ للإناث ، وقد بلـــغ متوسط عمر العينة الكلية ٤٣ سنة وقد بلـــغ متوســـط عمـــر عينـــة المرضـــى بالإرتيكاريا ٤٦,٩ سنة بواقع ٤ ذكور ، ٦ إناث وإنحراف معيارى قدره ٣.٣ .

أما متوسط عمر عينة المرضى بالإكزيما ٤١,١ سنة بواقع ٥ ذكو ر ،٥ إناث و إنحراف معيارى قدره ٣,٥ .

أما متوسط عمر عينة المرضى بالصدفية ٤٣,٢ سنة بواقع ٦ ذكور ، ٤ إناث و انحراف معيارى قدره ٤ .

وقد قامت الباحثة بحساب معامل الإرتباط بطريقة بيرسون عن طريـــق القيم الخام و فيما يلى جدول يوضح ثبـــات المقـــاييس الفرعيـــة حســـب أعلـــى الدرجات.

جدول رقم (٧) : يوضح معامل ثبات المقاييس الفرعية لمقياس الإضطرابـــات الجلدية .

المرضى	معامل الثبات
إرتيكاريا	٠,٩٠
صدفية	٠,٨٧
إكزيما	٠,٨١

ويتضح من الجدول السابق أن معامل الثبات كان مرضيا وكان أعلى معامل ثبات خاص بالإرتيكاريا حيث بلغت نسبته ٠,٨٢ ويليه الصدفية ثم الإكزيما .

حساب ثبات مقياس الأمراض الجلدية بطريقة التقسيم النصفى للإختبار باستخدام معادلة سبيرمان براون وكانت هذه النتائج على عينة قدرها ٤٠ مريض بالإرتيكاريا بالإكزيما و الصدفية .

جدول رقم (٨) : يوضح ثبات المقاييس الفرعية لمقياس الإضطرابات الجلدية بطريقة التقسيم النصفى .

م	البعد	عدد المرضى	معامل الإرتباط بين نصفى الإختبار	معامل الثبات
١	إرتيكاريا	١٠	٠,٨٤	٠,٩١
٢	إكزيما	١٥	٠,٦٢	٠,٧٧
٣	صدفية	١٥	٠,٨٨	٠,٩٣

صدق الإختبار

أولا : الصدق الظاهرى

يرى محمد عبد السلام ١٩٦٠ أن الصدق الظاهرى هو البحث عما يبدو أن الاختبار يقيسه .

(محمد عبد السلام أحمد ١٩٦٠ – ١٨٨)

ويتضح هذا من التحليل المبدئى لفقرات الإختبار حيث أن العبارات تتعلق وتعكس الأعراض الخاصة بالأمراض المراد قياسها . فالفقرات قد صيغت من خلال أخذ الأعراض من الكتب الطبية الخاصة بالأمراض الجلدية .... وتبدو الفقرات مرتبطة ارتباطا قويا بالأمراض المراد قياسها .

ثانيا : صدق المحكمين :-

بعد إعداد فقرات الإختبار وجمعها من الكتب والمراجع الطبية وعدد من مقابلات المرضى ثم عرضها على بعض الأطباء *. المتخصصين في الأمراض الجلدية وكانت من أهم خصائص هؤلاء الأطباء أنهم قضوا على الأقل خمس سنوات فى تشخيص وعلاج هذه الأمراض وقد حصلوا على مؤهلات علمية أعلى من درجة البكالوريوس فى الطب .

وقد تم عرض فقرات المقياس عليهم – فى مقابلة شخصية لكل طبيب – بعد تعريفهم بالغرض من عمل هذا المقياس فى هذه الدراسة وهو تشخيص الأمرا ض الجلدية محل الدراسة ثم طلبت منهم الباحثة تقدير صلاحية هذه العبارات ومدى ملائمتها لتطبيقها على المرضى وقد كانت إجابة كلا منهم تتراوح بين صالحة – غير صالحة – محايدة.

---

* ١ - د. أحمد صفوت استشارى الأمراض الجلدية بمستشفى الحوض المرصود.

٢- د. تماضر زكى بركات طبيبة الأمراض الجلدية والحاصلة على ماجيستير الأمراض الجلدية والمسئولة عن القسم الداخلى بالمستشفى.

٣- د. ليلى عبد المنعم طبيبة الأمراض الجلدية والحاصلة على ماجستير فى الأمراض الجلدية .

٤- د. نفيسة محمود طبيبة الأمرا ض الجلدية والحاصلة على دبلوم فى الامراض الجلدية .

٥- د. طارق أمين طبيب الامراض الجلدية بمستشفى الجامعة والاستاذ المساعد بكلية طب طنطا .

٦- د. ايهاب أخنوع طبيب الأمراض الجلدية ورئيس قسم الأمراض الجلدية بمستشفى غمرة العسكرى .

٧- د. عفاف السيد طبيبة الامراض الجلدية بمستشفى الحوض المرصود .

٨- د. هانى عبد الرحمن طبيب الأمراض الجلدية بمستشفى الحوض المرصود.

والجدول رقم (٩٠) يوضح عدد الأطباء الموافقين على صلاحية كل فقرة من فقرات المقياس ونسبة اتفاقهم ، وقد كانت النسبة المقبولة هى ٧٥% أى أن الفقرة التى يقر على صلاحيتها ٦ من الأطباء يتم إدراجها ضمن فقرات المقياس وما دون ذلك حذف من المقياس ، وفيما يلى عرض للشكل الذى عرض به المقياس على الأطباء :

م	العبارة	صالحة	غير صالحة	محايدة
١	هل سبق لك الإصابة بأمراض جلدية متنوعة ؟			
٢	هل حدث لك إصابات جلدية وجروح متعددة ؟			
٣	هل تظل الجروح مفتوحة فى جلدك فترة طويلة ؟			
٤	هل تعرض نفسك باستمرار على طبيب أمراض جلدية ؟			
٥	هل تعانى من زيادة إفراز العرق ؟			
٦	هل تشعر بزيادة الرغبة فى الحكة عندما يقابلك موقف يؤرقك ؟			
٧	هل تعانى من اضطرابات جسمية أخرى ؟			
٨	هل ظهرت لديك إضطرابات جلدية فى الطفولة ؟			
٩	هل أصيب أحد أفراد العائلة بأمراض جلدية ؟			
١٠	هل تشعر بالرغبة فى هرش جلدك قبل ظهور أى بقع أو تورمات على جلدك ؟			
١١	هل تظهر أى بقع أو تورمات في نفس المكان الذى قمت فيه بالهرش ؟			
١٢	هل يمكن أن تل الرغبة فى الهرش إلى حد الجروح ؟			

١٣	هل تشعر بالرغبة فى الهرش دون تعرضـــك لأى شئ مثل لدغ حشرة مثلا ؟			
١٤	هل يتغير لون الجلد بمجرد التعرض للشـــمس أو الحرارة ؟			
١٥	هل يحدث تورمات فى جلدك عند التعرض للبرد ؟			
١٦	هل يتغير شكل ولون ال جلد إذا لمست شيئا مثـل جسم حيوان أو نبات معين أو مادة كيميائية ؟			
١٧	هل يظهر لديك بقع حمراء متورمة مختلفة الشـكل والحجم والمكان ؟			
١٨	هل تظهر بثور تعلو البقع الحمراء ؟			
١٩	هل تزول هذه البقع خلال ٤٨ ساعة ؟			
٢٠	هل تزول هذه البقع من أماكن وتظهر فى أخرى ؟			
٢١	هل يتغير شكل ولون الجلد عند أكل شئ معين ؟			
٢٢	هل تتحول هذه البقع الحمراء إلى شكل كدمة جلدية حمراء أو بيضاء تظل على الجلد فترة من الزمـن ؟			
٢٣	هل حدث لك انتفاخ فى منطقة الجفون والحنجرة ؟			
٢٤	هل تظهر لديك مناطق خشنة وجافة ؟			
٢٥	هل تظهر لديك مناطق خشنة لونها أحمر يخـــرج منها ماء أو صديد ؟			
٢٦	هل تشعر بالرغبة فى هرش هذه المناطق بشدة ؟			
٢٧	هل تظهر لديك رقع سميكة مشققة ؟			

٢٨	هل تظهر لديك رقع جلدية سميكة تحيط بالمفاصل؟			
٢٩	هل تظهر لديك رقع جلدية سميكة فى أماكن تعرضت للإصابة السابقة ؟			
٣٠	هل تظهر لديك كتل قشرية فى فرْوة الرأس ؟			
٣١	هل تعانى من ألم فى المفاصل وبخاصة اليدين والقدمين ؟			
٣٢	هل تلاحظ احمرار مكان المفاصل وانتفاخهم أو تصلبهم ؟			
٣٣	هل تلاحظ نمو أظافرك نموا سريعا ؟			
٣٤	هل تلاحظ وجود قشور فضية اللون على مساحات واسعة من جلدك ؟			
٣٥	هل تلاحظ تورم جلدك بمساحات كبيرة واحمراره؟			
٣٦	هل يؤلمك تورم جلدك ويعيقك عن الحركة السهلة؟			
٣٧	هل تلاحظ أن أظافرك ضعيفة وسهلة الإنفصال ؟			

جدول رقم (٩) : يبين صدق المحكمين على بنود اختبار الإضطرابات الجلدية المستخدم فى الدراسة .

رقم البند	عدد الموافقين	نسبة الإتفاق	العرض المقاس
١	٠٣	٣٧,٥%	الإصابة المسبقة
٢	٣	٣٧,٥%	تعدد الإصابة
٣	١	١٢%	فتح الجروح لفترة طويلة

٤	٢	٢٥%	العرض على طبيب أمراض جلدية .
٥	٣	٣٧,٥%	زيادة إفراز العرق
٦	٤	٥٠%	الرغبة فى الهرش عند القلق
٧	٤	٥٠%	وجود اضطرابات جسمية أخرى
٨	٥	٦٢%	وجود إضطرابات جلدية فى الصغر
٩	٥	٦٢%	إصابة أحد أفراد العائلة
١٠	٨	١٠٠%	الرغبة فى الهرش قبل ظهور المرض
١١	٧	٨٧%	ظهور انتفاخات مكان الهرش
١٢	٨	١٠٠%	الهرش حتى الجروح
١٣	٨	١٠٠%	الهرش دون وجود مؤثر خارجى
١٤	٧	٨٧%	تغير لون الجلد عند التعرض للشمس
١٥	٧	٨٧%	حدوث تورمات عند التعرض للبرد
١٦	٧	٨٧%	تغير لون الجلد عند لمس الشئ ذو حساسية خاصة
١٧	٨	١٠٠%	ظهور بقع حمراء متورمة
١٨	٧	٨٧%	وجود بثور فوق البقع

١٩	٧	%٨٧	اختفاء البقع فى ٤٨ ساعة
٢٠	٦	%٧٥	تزول البقع وتظهر فى أماكن أخرى
٢١	٨	%٨٧	تغير لون الجلد عند أكل شئ ذو حساسية خاصة
٢٢	٦	%٧٥	تحول البقع إلى شكل كدمة
٢٣	٥	%٦٢	حدوث انتفاخ فى منطقة الحنجرة والجفون
٢٤	٨	%١٠٠	جفاف وخشونة فى الجلد
٢٥	٨	%١٠٠	وجود مناطق خشنة لونها أحمر يخرج منها ماء أو صديد
٢٦	٨	%١٠٠	الرغبة فى هرش المناطق الخشنة
٢٧	٧	%٨٧	وجود بقع سميكة مشققة
٢٨	٧	%٨٧	ظهو ررقعة الصدفية الحمراء السميكة فى المفاصل
٢٩	٧	%٨٧	وجود رقع صدفية فى أماكن تعرضت للإصابة السابقة
٣٠	٧	%٨٧	وجود قشرة فى فروة الرأس
٣١	٧	%٨٧	وجود ألم فى مفاصل وبخاصة اليدين والقدمين
٣٢	٦	%٧٥	احمرار فى مكان مفاصل اليدين والقدمين

٣٣	٧	%٨٧	نمو الأظافر سريعا
٣٥	٤	%٥٠	قشور فضية على مساحات واسعة
٣٦	٨	%١٠٠	تورم جلد المريض بمساحات كبيرة مع احمراره
٣٧	٥	%٦٢	وجود ألم يصاحب الصدفية مع وجود إعاقة عن الحركة السهلة
٣٨	٧	%٨٧	أظافر المريض ضعيفة وسهلة الإنفصال

ثالثا : صدق التعلق بمحك خارجى

حيث اتخذت الباحثة من التشخيص الطبى السابق للمرض محكا خارجيا.

فقد قامت بتنظيم فقرات المقياس بحيث وضعت متتابعة فكانت كل فقرة تمثل عرض من أحد الأمراض محل الدراسة (ارتيكاريا ــ أكزيما ــ صدفية) على التوالى وبذلك يكون تتابع الفقرات غير مميز لأى مرض قد قامت الباحثة بالتطبيق على ٣٠ مريض (١٠ ارتيكاريا ــ ١٠ أكزيما ــ ١٠ صدفية) وقد كان المقياس مميز بين الأمراض الثلاثة وكان تشخيصه مطابقا للتشخيص الطبى السابق .

ثالثا: قائمة كورنل الجديدة للنواحى العصابية والسيكوسوماتية

هذه القائمة من إعداد كيف برودمان Keev Brodman ألبرت إردمان "Albert J. Erdman هارولدج ولف Harldg. wolf بول فى مسكوفتش Poul F.Miskovitz وقام محمود أبو النيل بتعريبها وإعدادها بالعربية. ١٩٩٥.

Poul F.Miskovitz وقام محمود أبو النيل بتعريبـــــها وإعدادهـــا بالعربيـــة. ١٩٩٥.

والقائمة عبارة عن مجموعة من الأسئلة التى تتعلق بالصحة والأحـــوال المختلفة ويطلب من المفحوص أن يجيب على هذه الأسئلة بصدق وصراحة تامة مع الإشارة بأنه لا توجد إجابة صح أو خطأ على أى من هذه الأسئلة ،فالســؤال الذى ينطبق عليه يجيب عنه " نعم" والذى لا ينطبق عليه يجيب بلا.

الهدف من استخدام الإختبار

يمكن القول بأن الهدف من استخدام الاختبار هو: التعرف على النواحـــى العصابية والانفعالية والسيكوسوماتية لدى أفراد العينة وخاصة أن هذا المقيـــاس قد صمم لهذا الغرض من حيث أنه يحتوى على مجموعة من الأسئلة التى تشــير إلى الأعراض العصابية السيكوسوماتية والتى يمكن من خلالـــها التمييـز بيــن الأفراد المصابين بإضطرابات شخصية وسيكوسوماتية خطيرة وبين غيرهم مــن أفراد المجتمع. كما أن قيمة هذا الإختبار تكمن فى البحوث المستمرة التى تؤكــد قيمته مثل بحوث برود مان، وولف، وأبحاث إرد مان والتى جاءت بعد البحـوث السابقة والدليل على القيمة التى تكمن فى هذا الاختبـــار تكمــن فــى البحـوث المستمرة. حيث أكدوا فى هذه البحوث قيمة الاختبار فى التشخيص الإكلينكيــــى كذلك فإن الأبحاث التى أجريت بعد ذلك بحوالى عشر سنوات أكدت قيمة القائمــة كمقياس للكشف عن الأعراض الجسمية والإنفعالية.

(محمود أبو النيل ١٩٨٤- ٢٢٨)

ويتضمن الاختبار مجموعة من المواقف التى تكشف الإجابة عنها مـــن جانب الفرد على أنه يعانى من أمراض عضوية تتسبب فى ظـــهورها مواقــف إنفعالية وضغوط نفسية كما أن أسئلة ومواقف الاختبار قد شملت جميع أجـــهزة الجسم التى تتأثر بالمواقف الانفعالية والتـــى تشــير الأعــراض الناتجــة عــن اضطرابها إلى أمراض سيكوسوماتية وبالتالى فــإن هــذه المواقــف المرتبطــة بالاضطرابات السيكوسوماتية أكثر وأشمل فى القائمة كورنل ١٩ والتى تتكـــون

من ١٠١ فقرة وتقيس عشرة مقاييس فقط على عكس القائمة الجديدة التى نحن بصددها الآن.

وصف الاختبار

يشتمل الاختبار على ٢٢٣ سؤال موزعه على ١٨ مقياس يقيس كل مقياس عاملا انفعاليا وسيكوسوماتيا ويبدا هذا الاختبار بسؤال تمهيدى كمثال لتعليمات الاختبار ومضمونه هل شهيتك للطعام جيدة ؟ فإذا كانت إجابة المفحوص بـ (نعم) يقوم بملىء الفراغ الذى بين الخطين تحت نعم كالتالى (=) وإذا كانت إجابته بـ (لا) يقوم بملىء الفراغ الذى بين الخطين تحت (لا) كالتالى (=) وذلك فى ورقة إجابة منفصلة مخصصة لذلك.

هذا وتقيس عبارات المقاييس الفرعية لقائمة كورنل الجديدة النواحى الآتية:-

١-<u>**مقياس السمع والإبصار :**</u> وتقيس عباراته نواحى خاصة بضعف البصر والحاجة إلى وجود نظارة للقراءة، أو ألتهاب العينين وإحمرارهم، مدى معانات الفرد من مشاكل العين أو إضطراب الرؤية أو صعوبة السمع أو طنين الأذن ومتاعبها.

٢-<u>**مقياس الجهاز التنفسى :**</u> وتقيس عباراته نواحى خاصة بضيق التنفس ووجود بلغم أو إنسداد الأنف أو وجود نزيف بها و معاناة مرضى الربو أو التهابات الشعب الهوائية أو الكحة المستمرة.

٣-<u>**مقياس القلب والأوعية الدموية :**</u> تقيس عباراته نواحى خاصة بمجموعة الآلام المتعلقة بالقلب والأوعية الدموية مثل سرعة ضربات القلب أو آلام الصدر أو أى اضطرابات فى القلب أو الأوعية.

٤-<u>**مقياس الجهاز الهضمى :**</u> تقيس عباراته نواحى خاصة بمتاعب الجهاز الهضمى مثل التهاب الفم أو القولون أو المعدة أو الإصابة بالدوسونتاريا أو الزائدة الدودية أو إجراء جراحات فى البطن ....إلخ.

٥-**مقياس الهيكل العظمى :** تقيس عباراته نواحى خاصة بوجود ضعف أو هشاشه أو كسور أو التهابات فى المفاصل والعظام أو حدوث ورم بهما أو تقلص العضلات أو الشعور بآلام فى الظهر.

٦-**مقياس الجلد :** تقيس عباراته نواحى خاصة بالإصابات الجلدية المزمنة وظهور طفح جلدى وعرق شديد ووجود هرش وحكه شديدة بالجلد.

٧-**مقياس الجهاز العصبى :** تقيس عباراته نواحى خاصة بحدوث صداع فى الرأس والإغماء والشعور بالتخدير فى أى جزء من أجزاء الجسم والشلل والإرتعاش فى الوجه والأكتاف والرأس وأمراض التشنج والصداع بين أفراد الأسرة.

٨- **مقياس الجهاز البولى والتناسلى :** تقيس عباراته نواحى خاصة بالتهاب الأعضاء التناسلية أو وجود مشاكل فى التبول أو مشاكل فى القدرة الجنسية أو وجود حصوات فى الكلية أو كثرة التبول أثناء الليل أو صعوبة التحكم فى المثانه.

٩- **مقياس التعب :** وتقيس عباراته نواحى خاصة بالإجهاد والتعب والإرهاق لأقل مجهود بالإضافة إلى الإجهاد العصبى الشديد وكلها أعراض بدنية ليس لها سبب حقيقى.

١٠-**مقياس تكرار المرض :** يقيس هذا المقياس كثرة المرض وملازمة الفراش أو ضعف عام بالصحة أو كثرة الصداع التى تعوق عن مواصلة العمل والقلق العام بخصوص الصحة.

١١- **مقياس الأمراض المتنوعة :** هذا المقياس يقيس أمراض متنوعة كالإصابة بالحمى القرمزية أو الروماتيزمية أو الأنيميا الخبيثة أو الإصابة بالسكر أو التهاب الغدة الدرقية أو أورام سرطانية أو إجراء جراحات خطيرة أو وجود حوادث أو إصابات مختلفة.

١٢- **مقياس العادات :** تقيس عباراته نواحي خاصة بالعـادات الضـارة التـي اعتاد الفرد على القيام بها مثل السـهر، التدخيـن، وتعـاطي المخـدرات والمهدئات أو إقتناء حيوانات غير أليفه.

١٣- **مقياس عدم الكفاية :** تقيس عباراته نواحي خاصة بالإنفعال لـدى الفـرد وما يصاحبها من تغيرات جسمية كالإغماء وحالات الخـوف التـي تنتـاب الفرد عندما يكون مع أشخاص غرباء.

١٤- **مقياس الإكتئاب :** تقيس عباراته نواحي خاصة بالشعور باليـأس وعـدم الثقة بالنفس والحزن أو الضيق في الإهتمامات وانخفاض عام فـي النشـاط الجسمي والنفسي.

١٥- **مقياس القلق :** تقيس عباراته نواحي خاصة بـالتوتر الدائـم والتملمـل وسرعة التهيج...........إلخ.

١٦- **مقياس الحساسية :** تقيس عباراته نواحـي خاصـة بإحساسـات الفـرد وسهولة نقل مشاعرة وسرعة تأثرة بالغضب وعدم قدرة الفرد على مواجهـة المواقف الشائكة وعجزه عن التوافق مع الآخرين.

١٧- **مقياس الغضب :** تقيس عباراته نواحي خاصة بمدى اندفاع الفرد وقدرتـه على التحكم في إنفعالاته والحالات التي يتعرض فيها للإستثارة والغضب.

١٨- **مقياس التوتر :** تقيس عباراته نواحي خاصة بالخوف المفاجيء والرعشـة والأفكار المزعجة والإحساس بالقابليـة للاسـتثارة والاسـتهداف للأفكـار المخيفة.

ويوضح الجدول التالى توزيع الأسئلة على المقاييس الفرعية.

جدول رقم (١٠) : يبين وحدات اختبار كورنل الجديدة ورموزها وعدد أسئلتها وأرقام عباراتها.

م	المقاييس الفرعية	الرمز	عدد العبارات	رقم العبارة من- إلى
١	السمع والإبصار	A	١٣	١-١٣
٢	الجهاز التنفسى	B	١٧	١٤-٣٠
٣	القلب والأوعية	C	١٩	١٣-٤٩
٤	الجهاز الهضمى	D	٢٠	٥٠-٦٩
٥	الهيكل العظمى	E	١١	٧٠-٨٠
٦	الجلد	F	٧	١٨-٧٨
٧	الجهاز العصبى	G	١٨	٨٨-١٠٥
٨	البولى والتناسلى	H	١٣	١٠٦-١١٨
٩	التعب	I	٧	١١٩-١٢٥
١٠	تكرار المرض	J	٩	١٢٦-١٣٤
١١	أمراض متنوعة	K	١٨	١٣٥-١٥٢
١٢	العادات	L	٢٠	١٥٣-١٧٢
١٣	عدم الكفاية	M	١٢	١٧٣-١٨٤
١٤	الإكتئاب	N	٦	١٨٥-١٩٠
١٥	القلق	O	٩	١٩١-١٩٩
١٦	الحساسية	P	٦	٢٠٠-٢٠٥
١٧	الغضب	Q	٩	٢٠٦-٢١٤
١٨	التوتر	R	٩	٢١٥-٢٢٣

زمن الاختبار

ليس للإختبار زمن محدد وإن كان تطبيقة فى هذه الدراسة قد استغرق حوالى من ٦٠ إلى ٧٠ تقريبا.

طريقة الإجابة على الاختبار

كانت الباحثة تقوم بالتطبيق الفردى لكل حالة على حدة وذلك بقراءة كل سؤال على المفحوص وترك المفحوصين ذوى المستوى التعليمى المرتفع بقراءة الأسئلة بأنفسهم ويقوم بملىء ورقة الإجابة ووضع العلامة التى تناسبه وفقا لحالته.

تصحيح الاختبار

يتم حساب كل سؤال يجيب عنه المفحوص بـ (نعم) بدرجة واحدة ولا يحصل على أى درجة عند الإجابة بـ (لا) على أى سؤال

حساب ثبات القائمة

يقصد بالثبات ان الاختبار يعطى نفس النتائج بدرجة كبيرة إذا أعيد تطبيقه على نفس الأفراد بعد مدة زمنية معينة ، او بطريقة التقسيم النصفى حيث استخدمت هذه الطريقة فى هذه الدراسة و حسبت معاملات الارتباط (بين العبارات الفردية والعبارات الزوجية) بين نصفى

الاختبار ومعاملات الثبات المقابلة لها بعد تصحيحها وذلك باستخدام معادلة سبيرمان براون لكل مقياس فرعى.

وفى دراسة لمحمود ابو النيل تحت النشر عن ثبات قائمة كورنل الجديدة بواسطة التقسيم النصفى على ٧٠طالب جامعى مصرى و٧٠ طالبة جامعية مصرية ،وجد ان معامل الثبات الكلى بالنسبة للطلبة ٠,٦٥ وبالنسبة للطاليات ,٧٣ وبالنسبة للمجموعتين معا ,٦٩ وفى دراسة أخرى له أيضا على ٢٣ طالب جامعى أمريكى و٢٧ طالبه أمريكية بجامعة ماساشوتش وجد ان معامل الثبات

النصفى بالنسبة للطلبة ٠,٨٧وبالنسبة للطالبات ٠,٧٤ وبالنسبة للمجموعتين معا ٠,٨٢ .

(آمال عبد الحليم ١٩٩٩ - ١١٢)

وفى هذه الدراسة تم حساب ثبات قائمة كورنل عن طريق إيجاد معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية وإيجاد معامل الإرتباط بين نصفى الإختبار الزوجى والفردى باستخدام معادلة سبيرمان براون ومعاملات الثبات المقابلة لها وقد كانت معاملات الثبات مرضية حيث استخدمت عينه قدرها ٤٠ مريض هم على التوالى ١٥ إرتيكاريا، ١٥ إكزيما، ١٠صدفيه كما يتضح بالجدول التالى :

جدول رقم (١١) : يوضح معاملات الارتباط بين نصفى قائمة كورنل الجديدة ومعاملات الثبات المقابلة لها بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان براون

م	المقاييس الفرعية	الرمز	معامل الارتباط النصفى	معامل الثبات
١	السمع والإبصار	A	,٥١	,٦٧
٢	الجهاز التنفسى	B	,٨٨	,٩٣
٣	القلب والأوعية	C	,٧٤	,٨٥
٤	الجهاز الهضمى	D	,٦٨	,٨١
٥	الهيكل العظمى	E	,٤٨	,٦٥
٦	الجلد	F	,٢٦	,٤١
٧	الجهاز العصبى	G	,٨٩	,٩٤
٨	البولى والتناسلى	H	,٧٩	,٨٨
٩	التعب	I	,٦٢	,٧٧

١٠	تكرار المرض	G	,٥٣	,٧٠
١١	أمراض متنوعة	K	,٢٠	,٣٣
١٢	العادات	L	,٣٢	,٤٩
١٣	عدم الكفاية	M	,٨٥	,٩٢
١٤	الإكتئاب	N	,١٢	,٢٢
١٥	القلق	O	,٧١	,٨٣
١٦	الحساسية	P	,٧٢	,٨٤
١٧	الغضب	Q	,٨١	,٨٩
١٨	التوتر	R	,٨٢	,٩٠

الصدق (صدق قائمة كورنل)

فى دراسة تحت النشر لمحمود أبو النيل قارن فيها بين استجابات عينة من الطلبة الجامعيين المصريين (١٤٠) وبين استجابات عينة من الطلبة الجامعيين الأمريكيين (٥٠) وجد أن المقاييس الآتية تميز تميزا دالا بين المجموعتين واللتين تنتميان لثقافتين مختلفتين :

١- الجهاز الهضمى (المصريين حسب المتوسط أكثر اضطرابا من الأمريكيين).

٢- الجلد (والمصريين أكثر اضطرابا من الأمريكيين) الفرق دال عند مستوى ٠,٠١ .

٣- التعب (والمصريين أكثر اضطرابا من الأمريكيين) الفرق دال عند مستوى ٠,٠٠١ .

٤- تكرار المرض (والمصريين أكثر اضطرابا من الأمريكيين) الفرق دال عند مستوى ٠,٠٠١ .

٥- عدم الكفاية (والمصريين أكثر اضطرابا من الأمريكيين) الفرق دال عند مستوى ٠,٠٠١ .

٦- القلق (والمصريين أكثر اضطرابا من الأمريكيين) الفرق دال عند مستوى ٠,٠١ .

٧- الحساسية (والمصريين أكثر اضطرابا من الأمريكيين) الفرق دال عند مستوى ٠,٠٠١ .

٨- الغضب (والمصريين أكثر اضطرابا من الأمريكيين) الفرق دال عند مستوى ٠,٠١ .

٩- التوتر (والمصريين أكثر اضطرابا من الأمريكيين) الفرق دال عند مستوى ٠,٠٠١ .

(آمال عبد الحليم ١٩٩٩ - ١١٥ : ١١٦)

وتم حساب صدق قائمة كورنل باستخدام طريقة الإتساق الداخلى للإختبار وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجة على الأبعاد والدرجة الكلية للإختبار وذلك لكل من العينة العينة الضابطة وعددها ٣٠ ، العينة المرضية وعددها ٩٠ .

جدول رقم (١٢) : يوضح معاملات الارتباط بينكلا من الدرجة الكلية على كورنل والدرجة على كل بعد من أبعاد القائمة لإيجاد الاتساق الداخلى للإختبار

م	البعد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط بين الدرجة الكلية ودرجة البعد	مستوى الدلالة
١	A	,٦٣	غير دالة	,٦٢	,٠١
٢	B	,٦٦	,٠١	,٦٣	,٠١
٣	C	,٦٥	,٠١	,٥٩	,٠١
٤	D	,٦٥	,٠١	,٦٧	,٠١

٥	E	,٥٥	,٠١	,٦٦	,٠١
٦	F	,٦١	,٠١	,١٤	د.غ
٧	G	,٨٣	,٠١	,٧٨	,٠١
٨	H	,٧٨	,٠١	,٥٢	,٠١
٩	I	,٦٩	,٠١	,٥٧	,٠١
١٠	J	,٨١	,٠١	,٦٧	,٠١
١١	K	,٤٤	,٠١	,٥١	,٠١
١٢	L	,٦٤	,٠١	,٥٠	,٠١
١٣	M	,٦٦	,٠١	,٥٦	,٠١
١٤	N	,٧٥	,٠١	,٤٣	,٠١
١٥	O	,٦٧	,٠١	,٤٨	,٠١
١٦	P	,٥٢	,٠١	,٥٠	,٠١
١٧	Q	,٦٢	,٠١	,٤٨	,٠١
١٨	R	,٦٠	,٠١	,٦٢	,٠١

يتضح من الجدول السابق أن أعلى معامل ارتباط كان بين الدرجة علـــى بعد الجهاز العصبى والدرجة الكلية على المقياس وقد بلغت ,٨٣ وهــو معــامل ارتباط مرتفع كما بلغت أقل قيمة لمعامل الأرتبــاط بيــن الدرجــة علــى بعــد الأمراض المتنوعة والدرجة الكلية وقد بلغت ,٤٤ ولكن بالرغم من ذلــك إلا أن كان مقدار هذا المعامل دال إحصائيا وكان هذا بالنسبة للعينـــة الضابطـــة أمـــا بالنسبة للعينة المرضية فقد كان أعلى معامل ارتباط بين الدرجة على بعد الجهاز الهضمى وتكرار المرض حيث بلغ معامل الارتباط حوالـــى ,٦٧ وكذلــك فقــد خطى الجهاز العصبى بمعامل إرتباط أعلي من الجهاز الهضمى وتكرار عــوض

وهو ٧٨, وكان دال إحصائيا عندا وكما بلغ أقل معامل إرتباط علـــى الدرجـــة البعد والأكتئاب وقد بلغت ٤٣,وكانت دالة احصائيا أيضا عند ٠١,.

الأساليب الإحصائية المستخدمة

وقامت الباحثة بإستخدام الأساليب الإحصائية التالية :

١-اختبار (ت) وذلك لإيجاد دلالة الفروق بين متوسطات درجات مجموعـــات الدراسة على أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية وأبعـــاد مفهوم الذات لمقياس تنسى .

٢- كا^{2} وذلك لقياس دلالة الفروق بين التكرارات.

الفصـــل الخامــس

- نتائج الدراسة
- دراسة الحالة

  ١- الحالة الأولى (إكزيما)

  ٢- الحالة الثانية (صدفية)

  ٣- الحالة الثالثة (إرتيكاريا)

- صورة إكلينيكية مجملة
- الخاتمة

الفرض الأول

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الإرتيكاريا والمجموعة الضابطة فى أبعاد مفهوم الذات كما يقيسه مقياس تنسى فى اتجاه المجموعة الضابطة وفى أبعاد قائمة كورنل فى اتجاه مجموعة الإرتيكاريا.

نتائج الفرض الأول:-

تحقق الفرض الأول فى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الإرتيكاريا والمجموعة الضابطة على أبعاد الذات الشخصية والأسرية والذات الأخلاقية والذات الاجتماعية وكانت استجابات المجموعة الضابطة أكثر إيجابية من استجابات مجموعة مرضى الإرتيكاريا فى الأبعاد السابقة الذكر كما يوضحها الجدول رقم (١٣).

جدول رقم (١٣) : يوضح الفروق فى أبعاد مفهوم الذات بين عينتى الإرتيكاريا والضابطة وقيمة (ت) ودلالتها.

أبعاد مفهوم الذات	إرتيكاريا		عينة ضابطة		قيمة (ت)	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الشخصية	٦٥,٢٣	٦,١٨	٧٠,٦٣	١٠,٢٩	٢,٤٦	٠,٠١
الأسرية	٦٢,٤٠	٧,٠٢	٦٧,٨٠	٧,٥٠	٢,٨٨	٠,٠١
الجسمية	٦٥,٠٣	٧,٠٧	٦٨,٤٠	٩,٥٧	١,٥٥	غ.د
الأخلاقية	٦٤,٣٣	٧,١٧	٧٠,٤٠	٨,٧٦	٢,٩٣	٠,٠١
الإجتماعية	٦٤,٨٧	٧,١٩	٦٩,٢٣	٩,٤٢	٢,٠٢	٠,٠٥
نقد الذات	٢٩,١٠	٦,٠١	٢٧,٦٠	٥,٠٥	١,٠٥	غ.د

وهذه النتائج تحقق الفرض الأول أما عن الفروق بين المجموعات في أبعاد قائمة كورنل فقد كانت الدلالة واضحة على بعد الاضطرابات الجلدية وكانت الفروق لصالح مجموعة المرضى بالإرتيكاريا. ولكن بالرغم من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية إلا أننا نجد أن متوسط معظم الدرجات على أبعاد قائمة كورنل لدى مرضى الإرتيكاريا أعلى من درجات العينة الضابطة وقد كان هذا متوقعا فقد إرتفع متوسط الدرجات لدى مرضى الإرتيكاريا على كل من الأبعاد الآتية :- السمع والأبصار، الجهاز التنفسي، القلب والأوعية الدموية، والجهاز العظمى، الجلد، الجهاز العصبي، التعب، تكرار المرض، أمراض متنوعة، العادات، وعدم الكفاية، التوتر. كما يتضح في الجدول رقم (١٤).

جدول رقم (١٤) : يوضح الفروق في أبعاد قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوماتية بين عينتي الإرتيكاريا والضابطة وقيم (ت) ودلالتها.

البعد	إرتيكاريا		عينة ضابطة		قيمة (ت)	الدلالة
	م	ع	م	ع		
السمع والإبصار	٢,١٠	١,٧٧	١,٨٧	١,٨١	,٥٠	غ.د
الجهاز التنفسي	٣,٢٣	٢,٨٤	١,٦٦	٢,٢٦	٢,٣٥	,٠٥
القلب والأوعية الدموية	٣,٣٠	٢,٦٦	٣,٠٣	٢,٥٥	,٣٩	غ.د
الجهاز الهضمي	٢,٦٦	١,٩٧	٢,٨٠	٢,٥٥	,٢٢	غ.د
الهيكل العظمى	١,٢٠	١,٤٢	١,٣٠	١,٤٨	,٢٦	غ.د
الجلد	٤,٣	,٩٩	١,٢٠	١,١٢	١١,٤٢	,٠٠١
الجهاز العصبي	٣,١٣	٢,٩٢	٢,٠٦	٢,٦٦	١,٤٧	غ.د
البولي والتناسلي	,٩٠	١,٩٠	١,٢٦	١,٤٦	,٨٣	غ.د

نتائج الفرض الثانى

جدول رقم (١٥) : يوضح الفروق فى ابعاد مفهوم الذات بين عينتى الإكزيما والضابطة وقيمة (ت) ودلالتها.

أبعاد مفهوم الذات	إكزيما		ضابطة		قيمة (ت)	الدلالة
	م	ع	م	ع		
شخصية	٦٥,٦٦	٨,٧٧	٧٠,٦٣	١٠,٢٩	٢,٠١	,٠٥
أسرية	٥٩,٨٣	٨,٦٧	٦٧,٨٠	٧,٥٠	٣,٨	,٠٠١
جسمية	٦٢,٠٣	٨,٠٤	٦٨,٤٠	٩,٥٧	٢,٧٩	,٠١
أخلاقية	٦١,٨٠	٧,٨٢	٧٠,٤٠	٨,٧٦	٤,٠١	,٠٠١
اجتماعية	٥٩,٨٣	٧,٧٢	٦٩,٢٣	٩,٤٢	٤,٢٣	,٠٠١
نقد الذات	٣٢,٨٣	٧,٠١	٢٧,٦٠	٥,٠٥	٣,٣١	,٠١

يتضح من الجدول رقم (١٥) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الإكزيما والضابطة فى درجاتهم على أبعاد مفهوم الذات. الشخصية، الأسرية، الجسمية، الأخلاقية، الإجتماعية، نقد الذات وكانت استجابات المجموعة الضابطة اكثر إيجابية فى وصف ذواتهم من إستجابات مجموعة مرضى الإكزيما

جدول رقم (١٦) : يوضح الفروق فى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابيه والسيكوسوماتية بين عينتى الإكزيما والضابطة وقيمة(ت) ودلالتها.

البعد	إكزيما		ضابطة		قيمة (ت)	الدلالة
	م	ع	م	ع		
السمع والإبصار	١,٨٠	٢,٤٧	١,٨٧	١,٨١	,١١	غ.د
الجهاز التنفسى	٢,٤٦	٢,٧٢	١,٦٦	٢,٢٦	١,٢٣	غ.د

القلب والأوعية الدموية	٢,٠٦	٢,٧١	٣,٠٣	٢,٥٥	١,٤٢	غ.د
الجهاز الهضمى	٢,٠٠	١,٨٣	٢,٨٠	٢,٥٥	١,٣٩	غ.د
الهيكل العظمى	,٥٦	١,٠٤	١,٣٠	١,٤٨	٢,٢١	غ.د
الجلد	٥,٠٦	,٨٦	١,٢٠	١,١٢	١٤,٨	,٠٠١
الجهاز العصبى	٢,٥٦	٢,٩٣	٢,٠٦	٢,٦٦	,٦٩	غ.د
البولى والتناسلى	,٤٦	,٨٦	١,٢٦	١,٤٦	٢,٥٨	,٠١
التعب	٢,٠٦	١,٩٤	١,٣٦	١,٣٧	١,٦٠	غ.د
تكرار المرضى	١,٥٣	١,٩٩	١,١٠	١,٧٢	,٨٩	غ.د
أمراض متنوعة	١,٥٣	١,٩٩	١,٥٣	١,٨٧	,٠٠	غ.د
العادات	٣,٢٦	٢,٧١	٢,٢٦	١,٧٩	١,٦٨	غ.د
عدم الكفاية	٤,١٦	٣,٠٥	٣,٤٣	٢,٧٣	,٩٨	غ.د
الإكتئاب	١,٤٦	١,٧١	١,٦٠	١,٧٧	,٢٩	غ.د
القلق	٢,٧٦	٢,٣١	٢,٠٦	١,٧٧	١,٣١	غ.د
الحساسية	٢,٠٦	١,٩٢	٣,٠٠	١,٦١	٢,٠٣	,٠٥
الغضب	٢,٧٠	١,٩٥	٣,٠٣	٢,٥٩	,٥٦	غ.د
التوتر	٢,٨٣	٢,٤٠	٢,١٠	١,٩١	١,٣٠	غ.د

أما بالنسبة للنتائج أبعاد قائمة كورنل فكما يتضح من الجدول رقم(١٦) أن الفروق كانت دالة بين المجموعتين على بعد الاضطرابات الجلدية وإضطرابات الجهاز البولى والتناسلى وعلى بعد الحساسية لصالح مجموعة

الإكزيما أما اضطرابات الجهاز البولـــي والتناسـلي فكـانت الفــروق لصــالح المجموعة الضابطة.

وهذا يوضح تأثير المرض (الإكزيما) على مفهوم الذات لـــدى هـؤلاء الأشخاص والذى يظهر أثره على جميع أبعاد مفهوم الذات المستخدمة فى هـــذه الدراسة وتتفق هذه النتائج مع نتائج (آمال كمال ١٩٩٢) فى وصفـــها لنمــوذج الذات لدى الأطفال المصابين بالإكزيما التأتبية فوجدت أنه فى كل الحالات تــم إسقاط مشاعر الضعف والعجز على الموضوعات وهى تعكــس لـدى الإنــاث التخييلات العدوانية بينما لدى الذكور يتم من خلالها تحاشـــى مخــاوف وقلــق الخصاء، وفى كل الحالات كان هناك ضعفا فى تفاعل الأنا مــع موضوعــات البيئة وهو اتجاه نحو النمط الشبه فصامى والمميز للعينة.

كما أنها وصفة العينة بأن لديها إحساس الذات بالتبــاعد والنبـذ مــن الموضوعات الذى أدى إلى تفاقم مشاعر الدونية، كما أن التشوه والتبعثر الحادث فى تمثل صورة الجسم المتخيلة بفعل تشويه الجلد كان شــائعا فـــى اسـتاجابات (الذكور والإناث)، كما وجدت أتجاه إلى استخدام ميكانيزم التكوين العكسى فـــى التعبير عن الوجدانات تجاه الموضوعات (حالة أنثى) فى حين وقعــت الكفــوف على تلك المشاعر فى باقى الحالات.

ويرى بينس *(Pines 1980)* أن الازدواجية فى مشاعر الطفل نحو أمـه تميز المصابين بالإكزيما والتى تسبب شعوره بآلام فى جلده، ووصـــف مــارتى *(Marty 1989)*، سيكور *(Schur 1980)* رتشـــنبرجر *(Rechenberger 1979)* أن شخصية المريض بالإكزيما تتميز بقدر عظيم من الحساسية للعلاقــة بالموضوع كما لوحظ نقص فرصة انصاف الذات.

كما يؤكد كلا من جيلر وإفندى *(Gieler & Effendy 1984)* على أن إصابة الفرض بالإكزيما وخبرته بجلده هو جزء من خبرته بذاتــه مــن خــلال جسمه فالمرض يعطى فرصة للمريض لإظهار المشاعر الداخليــة لــه فــاجلد المريض يمثل مثير داخلى للفرض والإكزيما هى تعبير عن مشــاعر العدوانيــة المكبوته.

كما أن دنبار ***(Dunbar ,M.D. 1938)*** على أن المستقبل الغامض لنمطية الذين يعانون من الأمراض الجلدية وخاصة الإكزيما والأسس العميقة للصراع الإنفعالى بين الرغبة فى التأثير والخوف من الأذى إذا سعى إلى هذه الرغبة والتى يعبر عنها المريض فى جملة (المسنى وريحنى) وفى جملة تالية مباشرة (ولكن لا تلمسنى).

وقد وصفتهم دنبار بأنه فى الغالب لا يستطيعون ان يكون صداقات قوية فهم يتأرجحون من شخص لآخر ولكنهم لا يتيحون الفرصة لأنفسهم حتى يميلوا إلى صداقات حقيقية.

(Dunbar , M. D. 1938- p. 199)

وقد وصف ماكس هاميلتون ***(Max Hamilton 1955)*** مرضى الإكزيما بأنهم يتميزوا بالنشاط الذائد وإدراك السريع ولديهم قدرات تعلم، كما ان لديهم قدرة على التخطيط واتجاهات نحو الآخرين ونحو الواقع، كما أن لديهم ميلا لأن يكونوا جبناء وإيحائيون ولمسيون، متقلبون وددون ومحبون للغير كما أنهم يتميزوا بعدم الأستقرار الإنفعالى كذلك فهم ميالون إلى إظهار أنفسهم قلقون ومكتئبون.

كما أشارا إلى أن توافقهم جيد ويميلون إلى الأعمال التى تتطلب نشاط زائد ومسئولية أكبر من العادى كما انهم يتميزون بالضمير الحى فى تقديم واجباتهم والتى تتسبب فى زيادة الضغوط العقلية والجسمية لديهم.

تؤكد دراسة هاجيك وآخرون ***(P.Hajek & et ,al. 1990)*** على أن مرضى الإكزيما لديهم قابلية عالية للإيحاء وأن ذلك يؤثر على تفاقم المرض لديهم وعدم قابليته للشفاء وزيادة الألم الناتج عن المرض.

الفرض الثالث

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الصدفية والضابطة فى درجاتهم على أبعاد مفهوم الذات كما يقيسة مقياس تنسى فى اتجاه المجموعة

الضابطة،وعلى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابيـــة والسيكوسـوماتية فـــى اتجاه مجموعة الصدفية.

نتائج الفرض الثالث

جدول رقم (١٧) : يوضح الفروق فى أبعاد مفهوم الذات بيـــن عينتـــى االصدفية والضابطة وقيمة(ت) ودلالتها.

أبعاد مفهوم الذات	صدفية		ضابطة		قيمة (ت)	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الشخصية	٦١,٣٠	٨,٤١	٧٠,٦٣	١٠,٢٩	٣,٨٥	,٠٠١
الأسرية	٥٨,٣٠	٦,٥٨	٦٧,٨٠	٧,٥٠	٤,٩٩	,٠٠١
الجسمية	٥٨,٢٦	٧,٠٩	٦٨,٤٠	٩,٥٧	٤,٦٦	,٠٠١
الأخلاقية	٦٢,٠٠	٦,٠٦	٧٠,٤٠	٨,٧٧	٤,٣٢	,٠٠١
الاجتماعية	٦١,٨٣	٧,٧٢	٦٩,٢٣	٩,٤٢	٣,٣٣	,٠٥
نقد الذات	٣٠,٨٠	٣,٨٢	٢٧,٦٠	٥,٠٦	٢,٧٧	,٠١

يتضح من الجدول رقم (١٧) وجود فروق ذات دلاله إحصائيـــة علـــى جميع أبعاد مفهوم الذات وهى على الترتيب مفهوم الذات الشخصية، الأســرية، الجسمية، الأخلاقية، الاجتماعية، نقد الذات وهذا يؤكد توقعات الباحثة وما أكدتــه الدراسات السابقة من الاختلال الداخلى الحادث للمريض نتيجــة إصابتــه بــهذا المرض، وخارجيا نتيجة الخلل الحادث فى التفاعل الاجتماعى بيـــن المريــض والمحيطين به نتيجة الشكل الخارجى للمرض والتشوه الحادث للمريض نتيجـــة لإصابته وكون إصابته التى تمثل مثيرا خارجيا وداخليا له يؤدى إلـــى اختــلال تقديره لذاته وبالتالي مفهومه عن ذاته وقد ظهر هذا فى درجاتهم على بعذ مفهوم الذات الجسمية، الاجتماعية، الأسرية.

جدول رقم (١٦) : يوضح الفروق فى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية السيكوسوماتية بين عينتى الصدفية والضابطة وقيمة (ت) ودلالتها ..

البعد	صدفية		ضابطة		قيمة (ت)	الدلالة
	م	ع	م	ع		
السمع والإبصار	١,٢٣	١,٥٢	١,٨٧	١,٨١	١,٤٦	غ.د
الجهاز التنفسى	٢,٣٦	٢,٧٠	١,٦٦	٢,٢٦	١,٠٨	غ.د
القلب والأوعية الدموية	٢,٠٠	٢,٤٢	٣,٠٣	٢,٥٥	١,٦٠	غ.د
الجهاز الهضمى	٢,٢٠	٢,٥٥	٢,٨٠	٢,٥٥	,٩١	غ.د
الهيكل العظمى	,٨٣	١,١٧	١,٣٠	١,٤٨	١,٣٤	غ.د
الجلد	٤,٧٣	١,٢٨	١,٢	١,١٢	١١,٣٢	,٠٠١
الجهاز العصبى	٢,٠٦	٢,٣	٢,٠٦	٢,٦٦	,٠٠	غ.د
البولى والتناسلى	,٦٦	١,٦٢	١,٢٦	١,٤٦	١,٥٠	غ.د
التعب	١,٥٣	١,٤٥	١,٣٦	١,٤٧	,٤٥	غ.د
تكرار المرضى	١,١٣	١,٦	١,١٠	١,٧٢	,٠٧	غ.د
أمراض متنوعة	١,٠٠	١,٢٠	١,٥٣	١,٨٧	١,٣١	غ.د
العادات	٢,٨٦	١,٩٢	٢,٢٦	١,٧٩	١,٢٤	غ.د
عدم الكفاية	٣,٠٣	١,٩٠	٣,٤٣	٢,٧٣	,٦٥	غ.د
الإكتئاب	١,٠٠	١,١١	١,٦٠	١,٧٧	١,٥٦	غ.د
القلق	١.٧٣	١,٥٧	٢,٠٦	١,٧٧	,٧٦	غ.د
الحساسية	٢,٧٣	١,٩١	٣,٠٠	١,٦١	,٥٨	غ.د
الغضب	٢,١٣	١,٧	٣,٠٣	٢,٥٩	١,٥٦	غ.د
التوتر	١,٢٦	١,٣٨	٢,١٠	١,٩٠	١,٩٢	,٠٥

يتضح من الجدول رقم (١٨) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على بعدين من أبعاد قائمة كورنل وهما الاضطرابات الجلدية وكانت الفروق فى اتجاه مجموعة الصدفية، وبعد التوتر وكانت الفروق لصالح المجموعة الضابطة وقد يفسر ذلك بأن مرضى الصدفية كانوا أكثر قدرة على إظهار الطمأنينة والهدوء أثناء تطبيق المقياس أمام الباحثة واستخدامهم لميكانيزم الإنكار للمحافظة على صورة الذات والرغبة فى هرش المناطق الخشنة وإظهار أنفسهم بصورة أكثر تماسكا وإيجابية أمام الباحثة.

وقد كانت لدراسة ساندرا وريان *(Sandra Gowett & Jerence Ryan 1985)* والتى ناقشا فيها الأمراض الجلدية والإعاقة التى تسببها فكانت الصدفية والإكزيما من اكثر الأمراض التى تسبب إعاقة، وقد كانت دراستهما دراسة تحليلية استخدما فيها المقابلات الإكلينيكية.

شكا معظم مرضى الصدفية من الهرش الحاد والألم الحاد، ووصفوا المرض بأنه كارثة وبلاء وقع بهم وعند سؤالهم عن أسوأ جوانب المرض فأجابوا بأنها تتمثل فى أنهم يظهرون به فيسبب لهم الارتباك والخجل عند مواجهة الآخرين وقد وصفه أحد المرضى بأنه وباء وهذا لانتشاره السريع بجسمه وما يضايقهم (أى المرضى) من استجابة الآخرين لهم ووصف أحد المرضى بان الناس يعتقدون في نقص الحالة الصحية للمريض وأشار إلى أن معظم الناس يعرفون المرض وخصائصه.

والمشاعر السابقة والأحاسيس التى يشعر بها مريض الصدفية كفيلة بأن تجعل مفهومه عن ذاته يتأثر، فالشعور بالخجل يأتى من الإحساس بالذنب والذى يؤدى إلى انخفاض تقييم الذات وانخفاض مفهوم الذات.

ويؤكد ذلك *(عبد السلام زهران ١٩٩٠)* فى قوله "إلى جانب المؤثرات الأخرى التى تؤثر فى مفهوم الذات ومنها صورة الجسم والقدرة العقلية وما لهما من أثر فى تقييم الفرض لذاته نجد أن المؤثرات الاجتماعية لها تأثير واضح فى مفهوم الذات بصفة عامة وعلى المؤثرات الأخرى أيضا مثل صورة الجسم، فصورة الجسم لدى الطفل تتأثر بخصائصه الموضوعية مثل الحجم، سرعة

الحركة، التناسق العضلى ...إلخ. ولكن إذا كانت هذه الخصائص تعتمد على معايير اجتماعية مثل نظرة الآخرين إليه والتقييم الدائم بين الحسن والرديء فأنها تكون بمثابة خصائص اجتماعية"

ويرى (مختار حمزة ١٩٥٦) أنه "ربما ينتاب ذوى العاهات الجسمانية شعور بأنهم أعضاء ناقصون فى مجتمعهم وبأن معظم أفراد المجتمع ينظرون إليهم نظرة عدائية ويتضخم هذا الشعور لدى مشوهى الوجه بالذات بسبب الدور الهام الذى يؤديه الوجه فى الاتصالات والعلاقات بين الأفراد"

فالتشوه الحادث لمريض الصدفية من شأنه أن يسبب للمريض إحباطا وتراكما للخبرات المؤلمة والتى تترك أثارها الواضحة على تفكير الفرد وعلى استجاباته وسلوكه والذى من شأنه أن يظهر على مفهومه لذاته بأبعاده المختلفة.

الفرض الرابع

* ***توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الصدفية والإرتيكاريا فى درجاتهم على أبعاد مفهوم الذات كما يقيسة مقياس تنسى وعلى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية.***

نتائج الفرض الرابع

جدول رقم (١٩) : يوضح الفروق فى أبعاد مفهوم الذات بين عينتى الصدفية و الإرتيكاريا وقيمة (ت) ودلالتها.

أبعاد مفهوم الذات	صدفية		الإرتيكاريا		قيمة (ت)	الدلالة
	م	ع	م	ع		
الشخصية	٦١,٣٠	٨,٤١	٦٥,٢٣	٦,١٩	٢,٠٦	,٠٥
الأسرية	٥٨,٧	٦,٥٩	٦٢,٤	٧,٠٢	٢,١١	,٠٥
الجسمية	٥٨,٢٦	٧,٠٩	٦٥,٠٣	٧,٠٧	٣,٧٠	,٠٠١
الأخلاقية	٦٢,٠٠	٦,٠٦	٦٤,٣	٧,١٧	١,٣٦	غ. د

الاجتماعية	٦١,٨٣	٧,٧٢	٦٤,٨٧	٧,٢٠	١,٥٧	غ. د
نقد الذات	٣٠,٨٠	٣,٨١	٢٩,١٠	٦,٠١	١,٣١	غ. د

وكما يتضح من الجدول رقم (١٩) وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين المجموعتين علي أبعاد مفهوم الذات الشخصية، والأسرية، الجسمية، وكانت درجة مفهوم الذات الجسمية دالة عند ٠٠١, لصالح مرضى الإرتيكاريا وبالرغم من عدم وجود دلالة على بعدين مفهوم الذات الأخلاقية والاجتماعية إلا أن متوسط درجات مجموعة الإرتيكاريا أعلى من متوسط درجات مجموعة الصدفية على هذين البعدين.

فمريض الإرتيكاريا أقل تشوها من مريض الصدفية وبالتالى فهو أقدر على مواجهة العالم الخارجى كما يضاف أيضا قصر فترة بقاء الأعراض فى مرض الإرتيكاريا عنه لدى مرضى الصدفية.

وبالتالى كل ما سبق يجعل مريض الإرتيكاريا أقدر على مواجهة العالم الخارجى وتكون لديه مقومات للاتصال أكثر من الموجودة لدى مريض الصدفية مما يجعل مفهومه عن ذاته أقل تأثرا بالمرض من مريض الصدفية، كما أن مرض الصدفية قد يسبب إعاقة للمريض عن العمل بل عن الحركة السهلة على عكس مريض الإرتيكاريا.

جدول رقم (٢٠) : يوضح الفروق فى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابيه والسيكوسوماتية بين عينتى الصدفية والإرتيكاريا وقيمة(ت) ودلالتها.

البعد	صدفية		إرتيكاريا		قيمة (ت)	الدلالة
	م	ع	م	ع		
السمع والإبصار	١,٢٣	١,٥٢	٢,١٠	١,٧٧	٢,٠٣	,٠٥
الجهاز التنفسى	٢,٣٦	٢,٧٠	٣,٢٣	٢,٨٤	١,٢٠	غ.د
القلب والأوعية	٢,٠٠	٢,٤٢	٣,٣٠	٢,٦٦	١,٩٧	,٠٥

الدموية						
الجهاز الهضمى	٢,٢٠	٢,٥٥	٢,٦٦	١,٩٧	,٧٩	غ.د
الهيكل العظمى	,٨٣	١,١٧	١,٢٠	١,٤٢	١,٠٨	غ.د
الجلد	٤,٧٣	١,٢٨	٤,٣٣	,٩٩	١,٣٤	,٠٠١
الجهاز العصبى	٢,٠٦	٢,٣	٣,١٣	٢,٩٢	١,٥٧	غ.د
البولى والتناسلى	,٦٦	١,٦٢	,٩٠	١,٩٠	,٥١	غ.د
التعب	١,٥٣	١,٤٥	١,٦٠	١,٥٤	,١٧	غ.د
تكرار المرضى	١,١٣	١,٦	١,٧٣	٢,٠٥	١,٢٤	غ.د
أمراض متنوعة	١,٠٠	١,٢٠	١,٦٠	٢,١٩	١,٣١	غ.د
العادات	٢,٨٦	١,٩٢	٢,٨٦	٢,٣٤	,٠٠	غ.د
عدم الكفاية	٣,٠٣	١,٩٠	٤,٣٦	٣,٤٤	١,٨٥	غ.د
الإكتئاب	١,٠٠	١,١١	١,٥٦	١,٧٥	١,٤٩	غ.د
القلق	١,٧٣	١,٥٧	١,٩٣	١,٦٥	,٤٧	غ.د
الحساسية	٢,٧٣	١,٩١	٢,٨٦	١,٧٣	,٢٨	غ.د
الغضب	٢,١٣	١,٧	٢,٧٣	٢,١٣	١,١٨	غ.د
التوتر	١,٢٦	١,٣٨	٢,٦٠	٢,٣٤	٢,٦٨	,٠١

يتضح من الجدول رقم (٢٠) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على أبعاد السمع والأبصار، القلب والأوعية، التوتر وذلك لصالح مجموعة الإرتيكاريا وقد يفسر هذا بطبيعة اختيار العينتين (إرتيكاريا، صدفية)، فلم تشترط الباحثة خلو المريض من أى اضطرابات أخرى فقد يكون لدى المريض اضطرابات أخرى غير المرض المراد دراسته.

فقد كانت عينة الإرتيكاريا أكثر إحساسا باضطراب فى أعضاء (العين، والأذن، والقلب، والأوعية) كما أنهم كانوا أكثر قدرة علي التعبير عن توترهم من مرضى الصدفية فلديهم القدرة على إخفاء هذا التوتر.

الفرض الخامس

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعتى الإكزيما والإرتيكاريا فى درجاتهم على أبعاد مفهوم الذات كما يقيسة مقياس تنسى وعلى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية والسكوسوماتية.

نتائج الفرض الخامس

جدول رقم (٢١) : يوضح الفروق فى أبعاد مفهوم الذات بين مجموعتى الإرتيكاريا والإكزيما وقيمة ت ومستوى الدلالة .

	أبعاد مفهوم الذات	إرتيكاريا		إكزيما		قيمة ت	الدلالة
١	الذات الشخصية	٦٥,٢٣	٦,١٨	٦٥,٦٦	٦,٧٧	٠,٢٢	غير دال
٢	الذات الأسرية	٦٢,٤	٧,٠٢	٥٩,٨	٨,٦٧	١,٢٦	غير دال
٣	الذات الجسمية	٦٥,٣	٧,٠٧	٦٢٠٣	٨,٠٤	١,٦٥	غير دال
٤	الذات الأخلاقية	٦٤,٣٣	٧,١٧	٦١,٨٠	٧.٨٢	١,٣١	غير دال
٥	الذات الإجتماعية	٦٤,٨٦	٧,١٩	٥٩,٨٣	٧,٧٢	٢,٢١	٠,٠١
٦	نقد الذات	٢٩,١٠	٦,٠١	٣٢,٨٣	٧,٠١	٢,٢١	٠,٠٥

كما يتضح من الجدول رقم (٢١) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على بعد الذات الاجتماعية لصالح مرضى الإرتيكاريا وبعد نقض الذات لصالح مرضى الإكزيما. وقد ترجع هذه النتيجة إلى طبيعة المرضين وطبيعة استجابة المرضى لكلا من المرضين و كذلك استجابة المحيطين بالمريض له فالتشوه الحادث عن مرض الإكزيما يمكن ان يكون تشوها جزئيا ولكنه شديد بالمقارنة بالتشوه المؤقت الذى يحدث فى مرض الإرتيكاريا فضلا

عن استجابة المحيطين فتكون اقل شده من استجابتهم لمرضى الإكزيما فهو يحاط بمساندة اجتماعية قد تؤثر تأثيرا إيجابيا تعويضيا فى مفهوم ذات المريض مما يؤثر على مفهوم ذاته الاجتماعية.

(Davison & Neale 1994 – p. 198)

وقد يكون هذا نتيجة للمساندة الاجتماعية المنخفضة والتفاعل القائم بين مريض الإكزيما والمحيطين به سواء كان من أسرته أو غيرهم.

وتعتبر الناحية الجسمية للفرد والمظهر العام له من أهم الأمور التى لها تأثير واضح على مفهوم ذات الفرد وقد يكون هذا التأثير مباشر أو غير مباشر بتأثيره على الآخرين المحيطين بالفرد والذى يؤثر بدوره على العلاقات الاجتماعية فتصرفات الآخرين جهة المريض تعتبر أهم من المرض ذاته وعلى هذا يتكون ويتشكل مفهوم الذات لدى المريض والذى يكون نتيجة لأحكام الآخرين عنه سواء كانت أحكام مباشرة صريحة أو أحكام غير مباشرة تفصح عنها تصرفاتهم وسلوكهم تجاهه.

ويعتبر كل ما سبق من أهم الأسباب فى انخفاض مفهوم الذات الاجتماعية لدى مرضى الإكزيما بالمقارنه بمرضى الإرتيكاريا كما يؤدى مرض الإكزيما إلى إعاقة المريض اجتماعيا كذلك فهو يؤدى إلى إعاقته اقتصاديا لعدم قدرته على ممارسة عمله كما أنه يعتبر مثيرا قويا للمريض وللمحيطين من ح وله اكثر من مرضى الإرتيكاريا.

أما عن بعد نقد الذات فقد ارتفع متوسط درجات مرضى الإكزيما عن مرضى الإرتيكاريا وهذا يتفق مع الدراسات التى أجريت على مرضى الإرتيكاريا حيث وجد ويتكور ***(Wittkower)*** أنهم يتسمون بأن لديهم شعورا بعدم الاستقرار والقلق وبخاصة من الكلمات المزعجة التى قد توجه إليهم، كما أنهم يخافون من النقد ويحبون الثناء والشكر ويتميز سلوكهم بالنموذجية للسعى لكسب عاطفة الآخرين وهم مفرطون فى طلبهم ويشعرون بالغضب والغيظ عندما لا يستطيعون الحصول على ما يتمنوا من حب ورعاية وتقدير، كما

تحدث ويتكور عن طفولة هؤلاء المرضى فقد شعر جزء كبير منهم بالحرمان من الوالدين وبخاصة مشاعر الأمومة.

(Max Hamilton 1938- p. 159)

جدول رقم (٢٢) : يوضح الفروق فى أبعاد قائمة كورنل العصابية والسيكوسوماتية بين مجموعتى الإرتيكاريا والإكزيما وقيمة ومستوى الدلالة

البعد	إرتيكاريا		إكزيما		قيمة ت	مستوى الدلالة
السمع والإبصار	٢,١٠	١,٧٧	١,٨٠	٢,٤٧	٠,٥٤	غير دالة
الجهاز التنفسى	٣,٢٣	٢,٨٤	٢,٤٦	٢,٧٢	١,٠٦	غير دالة
القلب والأوعية الدموية	٣,٣٠	٢,٦٦	٢,٠٦	٢,٧١	١,٧٧	غير دالة
الجهاز الهضمى	٢,٦٦	١,٩٧	٢,٠٠	١,٨٣	١,٣٥	غير دالة
الهيكل العظمى	١,٢٠	١,٤٢	٠,٥٦	١,٠٤	١,٩٦	٠,٠٥ دالة
الجلد	٤,٣	٠,٩٩	٥,٠٦	٠,٨٦	٣,٠٤	٠,٠٥ دالة
الجهاز العصبى	٣,١٣	٢,٩٢	٢,٥	٢,٩٣	٠,٧٥٠	غير دالة
البولى والتناسلى	٠,٩٠٠	١,٩٠	٠,٤٦	٠,٨٦	١,١٣	غير دالة
التعب	١,٦٠	١,٠٤	٢,٠٦	١,٩٤	١,٠٢	غير دالة
تكرار المرض	١,٧٣	٢,٠٥	١,٥٣	١,٩٩	٠,٣٨	غير دالة
أمراض متنوعة	١,٦٠	٢,١٩	١,٥٣	١,٩٩	٠,١٢	غير دالة
العادات	٢,٨٦	٢,٣٤	٣,٢٦	٢,٧١	٠,٦١	غير دال
عدم الكفاية	٤,٣٦	٣,٤٤	٤,١٦	٣,٠٥	٠,٢٣	غير دال
الإكتئاب	١,٥٦	١,٧٥	١,٤٦	١,٧١	٠,٢٢	غير دال

القلق	١,٩٣	١,٦٥	٢,٧٦	٢,٣١	١,٦٠	غير دال
الحساسية	٢,٨٦	١,٧٣	٢,٠٦	١,٩٢	١,٦٨	غير دال
الغضب	٢,٧٣	٢,١٣	٢,٧٠	١,٩٥	٠,٠٦	غير دال
التوتر	٢,٦٠	٢,٣٤	٢,٨٣	٢,٤٠	٠,٣٨	غير دال

يتضح من الجدول رقم (٢٢) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين على بعدى الجهاز العظمى والجلد فى قائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية لصالح مرضى الإكزيما وقد يرجع هذا إلى ظهور اضطرابات الجلد بصورة أوضح وأطول لدى مرضى الإكزيما أما بالنسبة لأبعاد مفهوم الذات.

الفرض السادس

هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين عينتى الصدفية و الإكزيما فى أبعاد مفهوم الذات كما يقيسه مقياس تنسى،وأبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية.

نتائج الفرض السادس :-

جدول رقم (٢٣) : يوضح الفروق فى أبعاد الذات لعينتى الصدفية والإكزيما وقيمة ت ودلالتها

م	أبعاد مفهوم الذات	صدفية		إكزيما		قيمة ت	الدلالة
		م	ع	م	ع		
١	مفهوم الذات الشخصية	٦١,٣٠	٨,٤١	٦٥,٦٦	١,٨٧-	١,٩٧-	٠,٠٥
٢	الذات الأسرية	٥٨.٧٠	٦,٥٩	٥٩,٨٣	٨,٦٨	٠,٥٧-	غير دال
٣	الذات الجسمية	٥٨,٢٧	٧,٠٩	٦٢,٠٣	٨,٠٤	١,٩٢	٠,٠٥
٤	الذات الإختلافية	٦٢,٠٠	٦,٠٦	٦١,٨٠	٧,٨٢	٠,١١	غير دالة

٥	الذات الإجتماعية	٦٤،٨٣	٧،٧١	٥٩،٨٣	٧،٧٢	١،٠	غير دال
٦	نقد الذات	٣٠،٨٠	٣،٨٢	٣٢،٨٢	٧،٠٢	-١،٣٩	غير دال

بالنسبة لنتائج الجزء الأول من الفرض والذى يوضحه الجدول رقم (٢٣) والذى يوضح الفروق بين المجموعتين على أبعاد مفهوم الذات فقد بين وجود فروق على بعدى الذات الشخصية والذات الجسمية لصالح مرضى الإكزيما ونلاحظ هنا أن المقارنة بين المجموعتين التى تكاد تتساوى فى مقدار التشوه الحادث في المرض والإعاقة الجديدة الناجمة عن المرض.

وبالرغم من أن عينة الصدفية التى تم إختيارها قد أختيرت من الأقسام الداخلية للمستشفيات ويعنى ذلك أن الحالات قد كانت تبلغ أقصى حدة لها حيث كان معظم المرضى يعانون من انتشار الصدفية فى معظم أجزاء الجسم أى توجد فى أماكن ظاهرة كالوجه واليدين وكذلك باقى الجسم المغطى.

أما فى حالات الإكزيما فبالرغم من شدة الحالة والمرض إلا أن المرضى كانت معظم إصاباتهم الإكزيمية فى الأطراف سواء كانت فى أماكن ظاهرة من الأطراف كالقدمين وراحتى اليدين أو الركبتين والكوعين أو فى أعلى الساقين العلويين والسفليين .

وقد يكون ارتفاع متوسط درجات مجموعة الإكزيما على بعدى مفهوم الذات الشخصية والجسمية لعدم وجود المرضى فى الأماكن الظاهرة واستخدام المرضى لميكانيزم الإنكار والتي يساعدهم على الإحتفاظ بصورة ذات أكثر إيجابية .

فمرضى الإكزيما إيجابيون وكذلك وصفهم ماكس هاميلتون *(Max Hmilton 1995)* بأن العناصر النفسية الأساسية لدى هؤلاء المرضى هى التوتر ، العصابية ، عادات القلق ، الصدمات ، المتاعب العائلية والمشكلات المادية .

بعد العرض السابق للدراسة السابقة والتى بينت تأثير النواحى الأسرية والإجتماعية الناتجة عن التغير فى الحالة الجسمية والإستقرار الجسمى للمريض

والذى بدوره يلعب دورا هاما فى تغيير سلوك المريض واستجاباته للآخرين كذلك يؤثر فى المعتقدات التى يعتقدها فى نفسه . فصورة الذات تؤثر فى إدراك الشخص لذاته وللآخرين من حوله ويترتب على هذا تغيرا ملحوظا فى سلوكه. وهذا ما أكدته دراسات *(Pawel Lewicki 1983)*.

جدول رقم (٢٤) : يوضح الفروق فى أبعاد قائمة كورنل للنواحى العصابية والسيكوسوماتية بين مجموعتى الصدفية والإكزيما وقيمة ت ومستوى الدلالة

البعد	صدفية		إكزيما		قيمة ت	مستوى الدلالة
السمع والإبصار	١,٢٣	١,٥٢	١,٨٠	٢,٤٧	١,٠٧	غير دال
الجهاز التنفسى	٢,٣٦	٢,٧٠	٢,٤٦	٢,٧٢	١,٤٣	غير دال
القلب والأوعية الدموية	٢,٠٠	٢,٤٢	٢,٠٦	٢,٧١	٠,١٠	غير دال
الجهاز الهضمى	٢,٢٠	٢,٥٥	٢,٠٠	١,٨٣	٠,٣٤	غير دال
الهيكل العظمى	٠,٨٣	١,١٧	٠,٥٦	١,٠٤	٠,٩٣	غير دال
الجلد	٤,٧٣	١,٢٨	٥,٠٦	٠,٨٦	١,١٧	غير دال
الجهاز العصبى	٢,٠٦	٢,٢٨	٢,٥٦	٢,٩٣	٠,٧٣	غير دال
البولى والتناسلى	٠,٦٦	١,٦٢	٠,٤٦	٠,٨٦	٠,٥٩	غير دال
التعب	١,٥٣	١,٤٥	٢,٠٦	١,٩٤	١,٢٠	غير دال
تكرار المرض	١,١٣	١,٦٥	١,٥٣	١,٩٩	٠,٨٤	غير دال
أمراض متنوعة	١,٠٠	١,٢٠	١,٥٣	١,٩٩	١,٢٥	غير دال
العادات	٢,٨٦	١,٩٢	٣,٢٦	٢,٧١	٠,٦٥	غير دال
عدم الكفاية	٣,٠٣	١,٩٠	٤,١٦	٣,٠٥	١,٧٢	غير دال

الإكتئاب	١,٠٠	١,١١	١,٤٦	١,٧١	١,٢٤	غير دال
القلق	١,٧٣	١,٥٧	٢,٧٦	٢,٣١	٢,٢٢	٠,٠٥ دالة
الحساسية	٢,٧٣	١,٩١	٢,٠٦٦	١,٩٢	١,٣٤	غير دال
الغضب	٢,١٣	١,٧٧	٢,٧٠	٨,٩٥	١;١٧	غير دال
التوتر	١,٢٦	١,٣٨	٢,٨٣	٢,٤٠	٣,٠٨	٠,٠١دالة

وقد تحقق الفرض السادس فى الجزء الثانى من الفرض والخاص بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين (صدفية – إكزيما) على أبعاد قائمة كورنل والتى يوضحها الجدول رقم (٢٤) والذى يبين وجود فروق على بعدى القلق والتوتر لصالح مرضى الإكزيما.

الفرض السابع

تختلف ديناميات شخصية مرضى الجلد السيكوسوماتية باختلاف نوع المرض الجلدى.

وترى الباحثة أن دراسة تاريخ الحالة يتضمن الإطار العائلى للفرد والذى يستطيع الباحث من خلاله معرفة طرق التنشئة الإجتماعية وتأثيرها على الفرد موضع الدراسة كذلك يمكننا من معرفة الخبرات المؤلمة والتى أدت بالمريض للمرضى والتي كانت بمثابة العامل المهيئ بظهور المرض أو الإضطراب الذى يعاني منه المريض. كما نعيد معرفة الإتجاهات نحو الأسرة ومعرفة النمو الجنسى والإستجابات العاطفية كذلك معرفة قدر إحساس المريض بالواقع وتطور الأمراض لديه والصحة البدنية والعقلية والميول العصابية.

كذلك فإن الباحثة قامت بتطبيق النموذج الذى قام بإعداد د. محمود أبو النيل وذلك لصياغته للنقط السابقة يعرضها بطريقته أسئلة تصلح للتطبيق العملى فى مجتمعنا المصرى بخاصة والعربى بعامة لصياغته للأسئلة بطريقة سهلة.

كذلك قامت الباحثة باستخدام المقابلة المقننة كأحد الأساليب المستخدمة فى دراسة السلوك الإجتماعى. وكذلك لأن المقابلة تغطى جوانب قد تكون غائبة عن الإختبارات والمقاييس الأخرى.

كما أنها تساعد الباحث على معرفة طريقة حديث الشخص ومدى لباقته وسرعة وعيوب النطق والكلام عنده والأخذ فى الإعتبار المظهر العام والعيوب الجسمية والمظهرية التى تظهر عليها .

وبذلك يلم الباحث بجوانب عديدة تكون مفيدة له فى فهم أعمق للسلوك وطبيعة المرض الذى يعانى منه المريض.

الحالة الأولى "حالة الإكزيما"

تبلغ المريضة من العمر ٤٠ عاما ، ضعيفة البنية ، نحيفة ، غير نشيطة ، ليس لديها عيوب بالنطق أو السمع أو الكلام ، ليس لديها لزمات. لها شعر ضعيف ، كما أنها نحيفة تظهر على عينيها علامات الضعف من حيث وجود هالة سوداء تحت العين كذلك تعانى من بقع الإكزيما والذى بدأت على شكل إكزيما نقطية من النوع الدهنى. وقد أبدت المريضة استعداداً للتعاون مع الباحثة مع وجود مقاومة فى الإجابة على بعض الأسئلة الخاصة بالمشكلات التى تعانيها والحالة الجنسية.

الإطار العائلى للمريضة :

المريضة هى الأخت الثالثة من بين أسرة تتكون من ٣ بنات ، ٢ ذكور والأب العصبى المزاج "صعيدى كما وصفته المريضة" وهو ودود ومتسامح (قلبه أبيض) والذى يعانى من ضعف فى القلب (عنده عضلة ضعيفة فى القلب) ولكنها وصفت العلاقة بالأب بأنها علاقة عداء وذلك بسبب زواجه على الأم وعدم تقديره لدور الأم طوال فترة زواجهم على حد تعبير المريضة. أما الأم فكانت سهلة الإستثارة متسامحة ودودة وكانت خاضعة لكل الظروف المادية والمعنوية التى يفرضها عليها الأب . أما الأخوات فلم تتحدث المريضة عن أى

منهم غير أختها التى تكبرها ووصفتها بأنها هى التى تلجأ إليها عندما تحتاج إلى من يساعدها .

النمو الشخصى المبكر

ذكرت المريضة بأن الأم كانت تداعبها وتصفها بأنها شقية حيث أنها نمت نموا مبكرا حيث سبقت الإخوة فى المشى فكان فى سن ١,٥ والكلام كان فى سن ٢ وكانت ظهور الأسنان فى سن سنة كما أنها كانت ترضع من ثدى الأم وتم الفطام فى سن سنتين بوضع الأم صبار على ثدييها .

وذكرت بأنها كثيرا ما كان يحدث لها تشنجات تعبر عن فزع أثناء النوم. لم يوجد لأى من أقارب المريضة أمراض نفسية او عقلية ولكن كان الأب وكما سبق الحديث يعانى من ضعف فى عضلة القلب وكان الأخ يعانى من فساد صمام بالقلب وقد ركب صمام آخر خارجى والأبن الأكبر للمريضة يعانى من صداع نصفى دائم . والإبن الأصغر يعانى من إلتهابات حادة بالمعدة مع وجود صديد على الكلى والمريضة تعانى من تأثر وألم بسبب هذه الأمراض العضوية ووصفت نفسها بأنها (مش قادرة تعمل لهم حاجة) .

كما أنها أضافت بأن لديها إبنا يعانى من نفس حالة التشنج أثناء النوم مثلها .

الإتجاهات نحو الأسرة

لم تكن المريضة هى الطفل الوحيد بالأسرة ولكنها الطفل الأوسط الذى يضيع عنده اهتمام الوالدين أو تدليلهما فلم تشعر المريضة بحنان الأب أو الأم إلا بعد إهمال الأب للأم وزواجه عليها (شعرت المريضة بالعدوان تجاه الأب) وذهاب الأم ررفضها للمعيشة مع الأب واللجوء إلى الإبنة المريضة كى تكون معها .

التوافق الإجتماعى بالمدرسة

لم تحظ المريضة بقدر من التعليم وذلك لظروف الأسرة الإقتصادية .

النمو الجنسى

تشعر المريضة بخجل شديد عند الحديث فى موضوع الجنس ويبدو أن المريضة خبرت أول تجربة جنسية عند زواجها ولكنها علقت على ذلك بعبارة هى "أنا ما كنتش راضية بجوزى ، أبوية جوزهونى غصب عنى ، ما كنتش قابلاه "

الإستجابات الوجدانية

المريضة قلقلة جدا حيث أنها " كثيرة التعبير بيديها " كما أنها عبرت أنها تشعر بأوقات عصيبة إكتئابية حيث قالت " بأضايق وأتخنق ساعات وأحس إنى عاوزة أقعد لوحدى. وخصوصا لما جوزى يعمل تصرفات مش كويسة غصب عنى بأبقى عاوزة أخنقه " وأضافت بأنها تستطيع السيطرة على نفسها عند الغضب يسهل إستثارتها وتخويفها . وإذا قامت المريضة بالشغل فى البيت لمدة طويلة كان لذلك أثره عليها حيث تشعر بفوران فى جسدها وألم شديد .

القدرة على التوافق الإجتماعى

ترتاح المريضة فى وجود كبار السن فهم بدائل الأم والأب والذى تشعر بالعدوان من جانبهم فالأب تعتبره ظالم وقاسى وناكر للجميل كما وصفت المريضة الأم المسكينة التى لم تشعر بحنانها إلا عندما مرت بأزمتها مع الأب .

الإحساس بالواقع

المريضة من النوع الذى يؤمن بالكفاح من أجل النجاح ولا يعتمد التقدم إلا على الكفاح وليس الحظ والمصادفة والظروف . وترى أن الكفاح كل الكفاح فى أن توفر الحياة الكريمة لأولادها .

الصحة

المريضة مصابة بالإكزيما وقد عملت عملية البواسير و حساسية في الصدر جاءت لمدة سنة ثم اختفت عندما وضعت المريضة الإبنة رقم (٣) تفجرت نوبة الإكزيما .

أما عن نتائج المقابلة :

الشكوى كما جاءت علي لسان المريضة :- وصفت المريضة أعراض الإكزيما فقالت "بيجيني زى فوران فى جسمى لما بأزعل جسمي يسخن وأتف حاجة صفراء – لعاب به نسبة زلال – ولما حللت فى السويس قالوا عندك زلال فى البول " .

وقد أصيبت المريضة بالمرض وجاءتها أول نوبة منذ ١٥ عاما بعد وضعها (للبنت الأنثى الأولى) ، للذكر الثالث " كانت المريضة تريد بنتا وكان ميلاد الذكر بمثابة حادث صدمى بالنسبة لها . وقد كانت استجابتها حدث لديها نزيف مع فقدان القدرة على الكلام بسبب الضعف العام مع خلل في التوازن والقئ الذى يصاحب أى وجبة طعام . وعقبت المريضة بأن أول مكان ظهر فيه هو " حلمة الثدى " كما ذكرت المريضة حادثة أخرى بعد ولادتها للذكر هى تعرضها للإهانة من زوجة الأب للزوج وكان الزوج سلبيا فى التصرف حياله فوصفته بأنه "قاعد ما بيتكلمش" بعدها ظهرت حبوب فى جسمها وكان مكان الظهور فى هذه المرة فى العضو التناسلى وتعنى هذه الإصابة رفضها لإقامة علاقة جنسية مع الزوج . ونرى أنها أى المريضة قد أصيبت بحالة من الحساسية فى الصدر منذ عام واختفت هذه الحالة .

أما فكرة المريضة عن نفسها

فوصفت نفسها بأنها تعبانة وأرجعت تعبها للظروف الإقتصادية وزوجها ووصفت نفسها بأنها سلبية ونجدها فى وصف استجابتها للمشكلات التى تواجهها فهى تبكى .

وقد لاحظت الباحثة أن المريضة قد بكت حينما سألتها عن رأى الناس فيها وحينما سألتها عن السبب قالت " بيقولولى إنى وحشة وخاسة وشكلى وحش عشان أنا معنديش زيهم – تقصد جسم أنثوى – وقالت أيضا " أنا بأقرف من نفسى عشان شعرى بينزل حاجات صفراء ريحتها وحشة " .

وهذا يعنى أن مفهوم الذات لدى المريض سلبى حيث أنها تصف نفسها بالسلبية والعجز وعدم المقدرة على عمل أى شئ ينقذها من هذا المصير فهى تتسم بالخضوع.

الإهتمامات والمشاركة فى النشاط الترويحى

ترى المريض بأنها ليست لديها اهتمامات سوى الأولاد فهم يحتاجون إلى رعايتها كذلك فهى ترى المريضة أنها زهقت وبتحب تقعد لوحدها وتبكى أو تنام وهذا يعنى إنخفاض قدرتها على المشاركة فى الأنشطة الجماعية الأخرى والميل إلى الإكتئاب .

النظرة إلى المستقبل

الأمل فى الشفاء ضعيف حيث أنها تقول بصوت مهزوز "ربنا موجود" وتصف الصعوبات التى تواجهها إلى صعوبات مادية .

الدافع إلى العمل

كان الدافع لدى العمل للمريضة هو العامل المادى الإقتصادى فقد عملت تمرجية لكى تساعد زوجها ثم رفضت بعدها العمل بطريقة نفسية حيث كانت تصاب بدوخة عند الوقوف وتشعر بضيق فى الصدر .

وتلجأ إلى الآخرين لكى يساعدوها فى حل مشكلاتها الإقتصادية.

درجة استبصار المريضة بالعوائق والإحباطات

وترى المريضة أن أهم عائق فى حياته هو مرض زوجها وعاهته التى جعلته عصبى المزاج وكذلك الظروف الإقتصادية التى تعوقها هى شخصيا

كذلك مرضها. وقد كانت حادثة النزاع الذى حدث بينها وبين أهل زوجها بعد الوضع كانت بمثابة الصدمة التى فجرت لديها المرض "من وجهة نظرها" . وكانت تستجيب بالسلبية والخنوع وكذلك البكاء والذى يعتبر وسيلة تعبيرية للمريضة ونكوص لمراحل طفلية" .

أما عن القلق

فتجد أن الأبناء يشكلون مصدر القلق للمريضة كذلك الحالة المرضية وما يحدث لها من تشوه يجعل الناس يشمئزون منها وكذلك تشمئز هى من نفسها.

المخاوف

لا توجد لدى المريض مخاوف مرضية

مصادر الصراع :

تركز صراع المريضة فى علاقتها بالزوج فهى تكرهه كذلك فهى تعاقب نفسها بمشاعر الإثم على هذا الكره وتكون النتيجة مشاعر سلبية عن الذات وإحساس بالقهر والميل إلى الشعور بالألم لعقاب الذات (المرض هو الذى يمثل عقاب المريضة للذات) .

المعقتدات الدينية

تتمثل المعتقدات الدينية لدى المريضة فى الصلاة وفى الصوم وهذا يعكس أنا أعلي شديد الصرامة وترى أن تقصير فى ناحية الشعائر الدينية يؤدى إلى عقاب سريع من الله .

مشاعر الإثم ونواحى الكف

١-الندم عند قطع الصلاة لفترة أسبوعين بسبب المرض.

٢-الندم على توجيه العدوان للزوج والمتمثل فى النرفزة على حد قول المريضة .

٣- عدم زيارتها لأمها بسبب مرضها أثناء حجزها فى المستشفى وكـــان هــذا بسبب عدم إتاحة الفرصة لها بسبب الظروف الإقتصادية .

الأحلام

تحتاج المريضة لفترات نوم طويلة ينتابها فزع عدد من المرات بســـبب الأحلام المزعجة والكوابيس شديدة القسوة .

وعبرت بقولها :- (إن أنا باحس إن فيه حاجة عاوزة تخنقنى وتموتنى وعربيــة عاوزة تدوسنى).

تلخيص الحالة

وسوف تقوم الباحثة برسم صورة إكلينيكية لشخصية مريضة الإكزيمـــا من خلال أبعاد مفهوم الذات المستخدمة فى الدراسة .

مفهوم الذات الشخصى

المريضة تعانى من القلق الزائد الذى تثيره الظروف الإجتماعيـة والإقتصادية للأسرة وخوف على الأبناء كما يمثل المرض مثير داخلى وخارجى فهو مثير داخلى يثير القلق الشديد للخوف من إشمئزاز الآخرين منها . وقد كـان مثير خارجيا للمحيطين بها وبخاصة الزوج والذى يجعلها تشعر بـــالخجل مـن مظهرها الخارجى . ولذا فطبيعة شخصيتها تتسم بالقلق والخوف كما أنها تعـانى من إكتئاب بسبب الحالة الصحية مما يجعلها تبكى أثناء المقابلات وقـد ربطـت المريضة ما بين حدوث اضطرابـات مزاجيـة "حـزن" أو "فـرح" وإصابتـها بالإكزيما أو انتكاستها .

المريضة لديها صراع من الحاجات الإستعراضية المكبوتة والمازوخيـة المكبوتة والصراعات الناتجة عن الفشل فى الحب الوالدى وما يصاحبـها مـن توتر وقلق ورغبة فى عقاب الذات .

المريضة لديها شعور بالخجل والإرتباك من المظهر الخارجى لها ممـا يؤدى إلى زيادة الشعور بالإثم وانخفاض مفهوم الذات لدى المريضة .

مفهوم الذات الأسرى

أخذ مفهوم الذات الأسرى اتجاهين اتجـاه ناحيـة الأب والأم والإخـوة والتى عبرت عن علاقتها بهم ووصفهم بما يأتى :

الأب :- العلاقة بينهم علاقة عداء بسبب زواجه من أخرى غير الأم .

الأم :- سهلة الإستثارة ولكن علاقة المريضة بها لم تتحسن إلا بعد زواج الأب من أخرى .

كما أن المريضة كانت تعانى من مشكلة الطفل الأوسط أثناء طفولتها فلا هى موضع اهتمام الطفل الكبير (الأول) ولا هى موضع تدليل الطفل الصغير (الأخير). فكانت تعانى من إهمال من الأبوين ولذا فقد ساعد ذلك على اضطراب مفهوم الذات الأسرى .

أما الإتجاه الثانى فهو أسرة المريضة التى تتكون من الزوج والأبناء ، فقد ذكرت المريضة بأن أول إصابة لها جاءت بعد لادتها للطفلة الأولى ثم حدثت انتكاسة بعد ولادة الطفلة الثالثة ثم كانت أول إصابتها فى المنطقة التناسلية لها ثم فى حلمة الثدى مما جعلها تكف عن رضاعة أطفالها . بالإضافة إلى إشارة المريضة إلى عدم التوافق الزواجى والإضطراب فى العلاقة بالزوج والصراع بين مشاعر الكراهية المنتقل إلى الزوج " بديل الأب " وعقاب الذات الناتجة عن مشاعر الإثم الناتجة عن شعورها بالكراهية.

وهذا الإتجاه أيضا يساعد على اضطراب مفهوم الذات الأسرى والذى أوضح المازوخية المكبوتة ولذة المريضة فى عقاب ذاتها وأعراض مرضها كانت بمثابة تخفيف لحدة الصراع والتوتر والقلق الناتج عنه .

مفهوم الذات الجسمية

والذى أوضح اضطرابها عندما وصفت نفسها بالضعف والسلبية واستجاباتها يالبكاء أثناء المقابلات حينما سألتها الباحثة عن رأى الناس فيها فقالت "بيقولو إنى وحشة وشكلى وحش عشان أنا معنديش زيهم " جسم أنثوى " وقالت "أنا بأقرف من نفسى عشان شعرى بينزل حاجات صفراء ريحتها وحشة ويعنى هذا أن مفهوم الذات الجسمى مضطرب .

مفهوم الذات الأخلاقية

من أهم ما وصفت به المريضة نفسها بأنها نادمة على قطع الصلاة بسبب المرض كما أن المريضة تصف نفسها بالإجتهاد للكفاح من أجل أبناءها وأنه لابد من توفير حياة كريمة لديهم .

كما أنه ترتفع مشاعر الإثم لديها والتى تظهر فى صورة عقــاب للــذات من خلال الأحلام والكوابيس والتى وصفتها المريضة بأنها شديدة القسوة .

مفهوم الذات الإجتماعية

كانت المريضة تحاول بكل جهدها لاكتســاب عطــف المحيطيــن بــها لمساعدتها ماديا . كذلك فقد لعب التشوه دورا هاما فى إحســاس ذات المريضــة بالنبذ من الآخرين مما أدى إلى تفاقم مشاعر الدونية لديها .

وقد كانت المريضة تتجنب التعامل مع الآخرين فهى تفضل البقاء وحيـدة تبكى أو تلجأ للنوم وهذا يعنى انخفاض قدرة المريضة على المشاركة الجماعيــة والتفاعل الإجتماعى بينها وبين المحيطين بها .

الحالة الثانية "الصدفية"

وصف المريضة

تبلغ المريضة من العمر ٣٩ عاما نحيفة ، نشيطة ، ليس لديها عيوب بالنطق أو الكلام أو السمع ، لون الشعر أسود به شعيرات بيضاء ، والعين سليمة ، والبشرة فاتحة . وليس لديها أزمات تعانى من الصدفية المنتشرة على الساعدين والرجلين والظهر والبطن وعلى اليدين وفى الوجه . كان لدى المريضة مقاومة كبيرة فى البداية وذلك بدليل استجاباتها المقتضبة جدا وكان لديها تردد على الإستجابة للفاحصة حيث كانت حائرة ما بين أن تجيب أو لا .

الإطار العائلى للمريضة

المريضة هى الأخت الثالثة بين الأشقاء الستة وهى البنت الأولى بعد ذكرين

الأب : وصفته بأنه كان هادى ملتزم ومتسامح – متدين (بتاع ربنا) ودود . وكان يعمل موظفا بشركة المناجم وقد توفىالأب – غير متعلم .

الأم : متدينة ودودة ، تحظى بحب الجيران والمعارف وكانت هادئة .

الأخوات : الأخ الأكبر إبراهيم وقد كان له دور فى زواجها حيث كان صديق الزوج .

النمو الشخصى المبكر

لم تذكر المريضة سوى المشى عندما كانت تبلغ من العمر سنة واحدة ، ولم تصاب فى صغرها بأى أمراض . وقد كانت أقرب إلى الأم حينما كانت صغيرة .

النمو الجنسى

كانت أول خبرة جنسية للمريضة هى فى السابعة عشرة من عمرها عند زواجها وكان هناك كف عن الحديث وخجل وقد غيرت المريضة الموضوع بأن سألت الباحثة عما إذا كان هذا المرض سيشفى أم لا .

الإستجابة الوجدانية

كانت لدى المريضة مشاعر إكتئابية حيث أنها تقول " أحس من ساعة ما جانى المرض دة بأبقى متضايقة وحاسة إن أنا مخنوقة " وهى لا تعرف سبب هذا الإحساس وهذا الشعور وكثيرا ما تستثيرها كلمات أو أفعال وأضافت أن السبب ممكن يكون مرضها . فهى تتترفز عندما تضايقها كلمة ويعنى ذلك سهولة استثارتها ولكنها تستطيع السيطرة على غضبها والتحكم فى نفسها فلا تخرج ألفاظا أو أفعالا خاطئة وتشعر أن أكثر ما يضايقها هو مرضها وانتشاره فى جسمها .

كما أنها تستجيب لهذا الإحساس وتلك المشاعر بالإنهماك فى العمل حتى أنها لتستلقى نوما من كثرة الشعور بالتعب .

القدرة على التوافق الإجتماعى

تشعر بالخجل الشديد عن الحديث فى مجتمع ويكون به وجود الجنس الآخر . فهى مرتاحة فى وجود كبار السن أكثر من الأقران فى نفس السن . وهى لا تميل إلى أخذ رأى الآخر ويرون ذلك بأنها " لا تحب أن يعرف أحد أى شئ" (استجابة مقاومة للحديث مع الباحثة) وقد تكون استجابة تعبر عن رغبة المريضة فى التزام العزلة وذلك نتيجة لتفجر المرض لديها .

الإحساس بالواقع

والمريضة تؤمن بأن نجاح الإنسان يعتمد على الكفاح والإجتهاد ولا تعتمد على المصادفة والظروف ولكن يبدو أن هذه استجابة ظاهرية فقد لاحظت الباحثة عزو مشاكل المريضة كلها إلى الظروف الإقتصادية للأسرة . وهى

لديها القدرة على تحمل المسئولية (تعبير عن المازوخية التـــى تتضمـــن تحمـــل الذات الأذى من أجل الآخرين (الأبناء) .

صحة المريضة

وقد أجريت للمريضة عملية الزائدة الدودية . كما أصابها مرض جلـــدى عبارة عن جفاف وتشققات فى جلد القدم وكانت فى سن ١٣ عام وعولجت منه . (وتفترض الباحثة أنها كانت إكزيما أدت إلى الإصابة بالصدفية) .

النواحى العصابية

وترجع المريضة أسباب ضيقها إلى عدم وجود مال أو ضعـــف الحالـــة الإقتصادية للأسرة – وقد عبرت عنها بقولـــها " باضـــايق لمـــا يكـــون مفيـــش مصاريف فى البيت أو عيل يطلب منى حاجة وأنا ممعييش" .

لا تتناول المريضة مهدئات سوى ما يكتب لها ويصفه الطبيـــب لتهدئـــة حالتها لكى تخضع للنوم . وهى تعانى من إمساك مستمر وتظن الباحثة أنه قـــد يكون له سبب نفسى .

عرض المشكلة من وجهة نظر المريضة

تقول " إن أول ما جانى المرض جانى فى صوابعى كـــانت ضوافـــرى بتوجعنى وتنزل دم وغيرت مرتين وانتقل فى كف ايدى واســـتمرت كـــدة ســـنة واتعالجت ايديه وانتشر فى باقى اليد وبعدين ظهر فى رجليه لحد ركبى ، وجيـت المستشفى اتحجزت وقعدت ٤٥ يوم كان وقتها المرض خفيف وطلعت وكويســـة ورد عليه بعد سنة فى معظم الجسم حتى الرأس " .

نلاحظ أن نوبات الصدفية ترددت على المريضة عدة مرات وفـــى كـــل مرة بعد تماثلها للشفاء تزيد التوبة التالية عن النوبة السابقة للمرض وهذه ترجـــع إلى طبيعة المرض وتفاقمه مع سوء الحالة النفسية للمريض بسب التشوه الحادث فى جلد المريضة .

ثم تتابع المريضة وتقول إن أول غصابة كانت منذ أربــــع ســـنوات ولا تعرف سبب لظهورها . وقد أجريت فحوص كتحليل للدم وكانت نتيجة لا توجـــد بها أى تغيرات ثم بسؤالها عن المشاكل التى سبقت ظهور الصدفية .

وقد أرجعت المشاكل كلها إلى المشاكل الإقتصادية والتى تــــؤدى إلـــى مشكلات بين الزوج والزوجة ومشكلات بين الزوج والأبناء . فسألت الباحثـــــة كيف تؤدى المشاكل الاقتصادية لمشاكل اجتماعية بينها وبين الزوج والأبناء ؟

فأضافت بأن الأم (المريضة) مرتبطة ارتباطا شديدا بالأبناء وترى أنـــهم امتداد ومركز للذات وذلك على عكس الأب (الزوج) والذى تصفه بأنـــه ســـريع الإستثارة وسريع الغضب وينفعل ويخرج هذا الإنفعال على الأولاد وهى تعتـــبر هذا عدوان على الأبناء (الذات) موجه من الزوج (الأب) ويظهر ذلك فى فكـــرة المريضة عن نفسها .

فكرة المريضة عن نفسها والتى تتضمن رأى الآخرين

هى لديها مشاعر سلبية عن الذات وبخاصة الذات الجسمية وذلك بســـبب المرض الجلدى التى أصيبت به كذلك فقد وجدت الباحثة أنها تستجيب اســتجابات قصيرة للغاية فهى تقول "باضايق من نفسى عشان المرض ده ، بس أنا كويســـة وما فيش حاجة" .

وعن رأى الآخرين فيها

فتقول أنهم يحبون ودها والجلوس معها كما أنهم بيســــألوا عنـــها وقـــد زاروها كلهم فى المستشفى .

أما النظرة إلى المستقبل

فهى تأمل فى الشفاء وذلك بسبب اختفاء الحالة من النوبات التى أصابتـــها من قبل . والمريضة لم تعمل بالرغم من سوء الأحوال الإقتصادية

درجة الإستبصار بالعوائق والإحباطات

ترى المريضة أن العائق الأساسى هو المشاكل الإقتصادية والتى تـ
إلى إثارة المشكلات بين الأب والأبناء وأضافت بأن هذه امشاكل لا نهايـــة
وتكون استجابة المريضة لهذه المشكلات بالبكاء أى أستجابة سلبية ، كما تحـ
أن أول نوبة للمرض حدثت لها بعد ولادة ابنيها التوأم ولد وبنت لأنـــها حـز
حزنا شديدا وتبرره بالأحوال الاقتصادية السيئة .

الخبرات المؤلمة واستجابة المريصة لها

وترى أن أكثر خبرة مؤلمة كانت ترك زوجها لعمله فى مصنع الحد
والصلب للعمل بالخارج لمدة سنة وبعدها رجع إلى المصنع فوجد نفسه قد فـ
من عمله اشترى سيارة أجرة يعمل عليها والآن يعمل عليها الأولاد " وهـــ
سبب المشاكل " وكانت الخبرة الثانية والتى سببت ألما للمريضة هـــى وضـع
للتوأم والذى ظهر المرض بعدها مباشرة . مع العلم أن المريضة لديـــها ٦
بصرف النظر عن التوأم وكانت قد وضعت بعد التوأم طفلة أنثى عمرهـــا
سنة الآن ، فقد كانت خبرة الوضع للتوأم خبرة مؤلمة وعـــامل مـــهيئ لظـــ
المرض .

القلق

القلق لديها له أسباب ومن أهم أسبابه أبناءها وخاصة عندمـــا يشـــكو
منهم بأى مرض أو ألم من أى نوعها .

ويبدو أن هذا التمسك بالأولاد والخوف عليهم قلق ينم عـــن أن الأبـ
امتداد للذات كذلك فهى ترى أن أى عدوان موجه ناحية الأبناء هو عدوان مو
نحو الذات ولذلك فهى تستجيب لزوجها بمشاعر الكراهية والمنافسة على حـــ
الأبناء .

المخاوف

لا يوجد لدى المريضة مخاوف مرضية كما أنها تجـــارى المجموعـــات الأصدقاء والأقران التى تجلس معهم ولا تخاف مواجهتهم .

وعن مصادر الصراع

تجد الباحثة أن أبناء المريضة هم مصدر الصراع فهى تحبـــــهم وتـــرى أنهم سبب مشكلاتها وحالتها النفسية السيئة فهى تشعر تجاههم بمشاعر متضـــادة سببها كما بررت أن سبب مشكلاتها (البيت ومصاريفه والعيال) .

كذلك فإنه لو حدث مشكلة بينها وبين الزوج فإنها تترك المكان بعيدا كـى لا تتفاقم المشكلة وإذا تدخل آخر فى المشكلة وفى الغالب يكون (أخو الزوجـــة) وتقرر المريضة بأن المشكلة بتزيد .

كما أنها أوضحت عن سبب كرهها لزوجها بأنه لا يحـــاول أن يشــعر بالحزن أو بالضيق حتى لو كان هناك مشكلة فهو يقوم بعمل المشكلة ثم يتركـــها بعيدا ولا يبالى بها .

بالنسبة للمعتقدات الدينية

ترى أن الصلاة والصوم وآداء الفرائض واجب لا يمكن تركه أو التخلى عنه كى تعم البركة وأن هذا أقل ما يمكن للإنسان عمله تجاه خالقه ، وقالت " أنــا قعدت فترة مبصليش ولقيت نفسيتى تعبت وده عشاالمية كانت بتتعبنى قوى ومــا أقدرشى أتوضأ " .

مشاعر الذنب ونواحى الكف

أنها تركت طفل لها إصيب فى حادث سيارة وكانت هناك مشكلة بينـــها وبين زوجها فتركت المنزل فترة أسبوع وترى أنها كان مـــن المفـــروض أنـــها تخلت عن رأيها وظلت مع الطفل وترى أنها لابد من البعد عن كل ما هو يسـبب الندم لأنه سئ .

الأحلام

(١) تتعدد أحلام المريضة

(٢) الحلم بكوابيس تجعلها تفزع أثناء النوم .

(٣) وكان آخر حلم سردته كالتالى :

" شفت إن جوزى جايب العيال الصغيرة هنا (فى المستشفى) وجبت آخذهم منه مرضيش وراح واخدهم منى وماشى" .

نلاحظ أن الأحلام قصيرة المحتوى تنم عن حاجات المريضة فى أن تحتوى أبناءها وتظل بجوارهم لأن هذا هو الأمان النفسى بالنسبة لها .

تلخيص الحالة

مفهوم الذات الشخصى

تعانى المريضة من قلق من أهم أسبابه الظروف الإقتصادية للأسرة والتى تسبب خلافات بينها وبين زوجها ، والقلق من المرض المنتشر فى جسم المريضة والذى يؤرقها ويؤلمها ويعوقها عن أداء بعض مهامها .

مفهوم الذات الأسرى

المريضة هى الأخت الثالثة بين أشقائها ولذلك فهى لم تكن تحظى باهتمام أكثر من إخوتها . وقد وصفت الأب والأم بصفات الهدوء والتسامح والود ولم تظهر المريضة أى نوع من العدوانية أو الكراهية الموجهة نحوهما. حيث كانت مستقرة أسريا .

أما بالنسبة للزوج والأبناء إرتبطت المريضة بالأبناء ارتباطا شديدا لأنهم يمثلوا امتداد الذات ولكن مشاعر الكراهية للزوج لاعتداءه على أبناءها بالضرب والإهانة ولذا فيوجد اضطرابات فى العلاقة بالزوج ولذا فيغير هذا نوع من اضطراب مفهوم الذات الأسرى .

مفهوم الذات الجسمى

ترددت نوبات المرض على المريضة عدة مرات بعد تماثلها للشفاء وتزيد النوبة التالية عن النوبة السابقة بسوء الحالة النفسية للمريضة وبزيادة الإضطرابات فهى ترى نفسها مريضة بمرض صعب الشفاء . ولذ فيمكن وصف ذاتها بالعجز والسلبية كما تميزت إستجابات المريضة بالكفوف والإكتئاب الناتج عن المرض وأضافت أنها "باضايق من نفسى عشان المرض ده" .

مفهوم الذات الأخلاقية

وصفت المريضة نفسها بأنها ملتزمة بالصلاة وتشعر بالتقصير عدم قدرتها على أداء الفروض بسبب المرض .

مفهوم الذات الإجتماعية

ترى أن الآخرين يحبون مجالستها وزيارتها ويتوالدون علـــى زيارتـــها أثناء وجودها فى المستشفى ، والواضح أن المريضة منعزلة ليســـت إجتماعيـــة لديها نوبات اكتئابية بسبب مرضها وسوء الحالة الإقتصادية .

الحالة الثالثة "إرتيكاريا"

المريضة تبلغ من العمر ٥٣ سنة ، متزوجة وتعول ، وهى جدة متزوجة من رجل يعمل بمسجد بجوار المنزل لها من الأولاد خمسة (٣ ذكور ، ٢ إناث) الذكور يعملوا والإناث تزوجن . سيدة تظهر عليها علامات الشيخوخة ولكنـها تتمتع بهدوء ورزانة ، قصيرة القامة ، عادية متوسطة الحجم ليست بدينة أو نحيفة ، تظهر عليها المرض الجلدى . أظهرت فى بادئ الأمر ترددا عند الإجابة على بعض الأسئلة .

الإطار العائلى للمريضة:

تتكون أسرة المريضة من أب وصفته المريضة بأنه آية قرآنية . وقد ماتت الأم وكانت المريضة صغيرة وكذلك أخت واحدة وقد توفت بعد زواجها مباشرة وبعد موت الأم تزوج الأب من سيدة أخرى كانت مسيطرة على المنزل وعلى المريضة، وكان الأب دائم الشجار مع زوجته من اجل أبنته المريضة ولذلك وقد قررت زوجته تزويجها بعد أن بلغت من العمر ١٣ سنه وقد كان الزوج أكبر بكثير من المريضة وكان يعاملها معاملة حسنه فى وجود الأب وعندما توفى الأب وصفت المريضة معاملة الزوج بأن قالت (مرة كده ومره كده والدنيا مابتخلاش من المشاكل عند أى حد).

ولم تصف المريضة الأب بصفات سلبية إلا حينما ذكرت تحكم زوجته فى شئون المنزل والأسرة ومن هنا كانت صفة السلبية والخضوع تلحق بالأب.

النمو المبكر للمريضة:

لم تتذكر المريضة أى فقرة من فقرات النمو الشخصى المبكر سواء من أسلوب الرضاعة أو طريقة الفطام أو بداية المشى أو التسنين أو بداية الكلام وهذا يمكن أن نعتبره نوع من الكف والقصور فى الإستجابة للباحثة.

النمو الجنسى

كانت تشعر بخجل شديد و ترد " هو أنا فاكرة حاجة من دى خـــالص" ، وقد تطلعت المريضة إلى أعضائها التناسلية وهى فى سن مبكرة ذلـــك بحكـم زواجها المبكر وقد كانت أول خبرة جنسية للمريضة .

الإستجابات الوجدانية

تحدث للمريضة حالات اكتئاب ولا تجد المريضة أسباب تذكرها لـــهذه الحالات ولكن من الأمراض التى مرت بها فى الصغر هى أنها مرضت مرضـا شديدا اتغير فيها جسمها فقد حدث لها ورم شديد فى الجسم مع احمرار وفقـــدت الوعى فترة . ويمكن أن تفسر هذه الحالة بأنها حالة نفسية وعصبية من حيـــث أنها يمكن أن تكون نوبة من نوبات الإرتيكاريا الحادة التى هدأت بعد يومين من مرض المريضة بها ، وتتذكر المريضة أنها تستطيع السيطرة على نفسها عنـــد الغضب كما أنها تتذكر سهولة استثارتها ولكن وصفت نفسها بأنها " قلبها جـــامد" وتدل هذه الإستجابات على أن المريضة استجابات وجدانية مرضية .

القدرة على التوافق الإجتماعى

فهى ليست خجولة من الجنس الآخر وأنها تحب وجود كبار السن كذلـك عندما تكون المريضة بصدد اتخاذ قرار معين تتخذه بعد عون مــــن الآخريـــن ومشورتهم وتفكير وترو .

إحساس المريضة بالواقع

فهى تؤمن ايمانا شديدا بأن النجاح يتوقف على الكفاح والإجتهاد وليـــس على الصدفة والحظ وهى تحب تحمل المسئولية ولذا فإنها كـــانت تعمـــل مـــع زوجها كي تساعده فى الحصول على رزق أولادهم .

صحة المريضة البدنية

تذكر المريضة أنها وهى فى السابعة من عمرها تقريبا حدث لها نوبة إرتيكاريا شديدة لا تذكر سببها ولكن ما تذكره أنها قد امتلأ جسمها حبوب عالجيها الأب بإعطاءها حقن معينة فى المستشفى . ولكنها لم تترك تشوهات أو عيوب جسمية .

النواحى العصابية

وتشعر المريضة بالضيق عند حدوث مشاكل فى البيت (بيت العيلة حيث أن أولاد المريضة متزوجة معها فى نفس المنزل) مثل أن زوجها يرفع صوته أو يسب أحد أولاده أو يسبها . وتحدث لها نوبة الإرتيكاريا ولا تعانى المريضة من إمساك أو لا يوجد ما يقلقها ويثير قلقها .

بالنسبة للمشكلة كما ظهرت من المريضة

تذكر أنها قد حدثت أول مرة بعدما وضعت حملها الأخير كانت قد حدث لها ورم فى الجسم كله وحجزت فى المستشفى وانتهى هذه النوبة بحقنة أعطتها لها الممرضة فى المستشفى بعدها حجزت المريضة مرتين وفيهما أعطتها المستشفى علاج للحساسية .

وقد أجريت العديد من الفحوصات لمعرفة سبب هذه الحالة ولم أجد شئ فى الدم . وأضافت " أنه لما بتظهر البقع دى بأقعد أهرش فيها لحد ما أعورها وتجيب دم " .

قضاء الأنشطة الترويحية

فهى تقضى معظم وقتها مع أحفادها أو مع الأقران من الجيران والأصدقاء .

فكرة المريضة عن نفسها ورأى الآخرين فيها

فنجدها تعبر عن نفسها بأن لها صفات حميدة كثيرة ويحبها أصدقاءها ولا تجعل أحد يغضب منها .وتصف نفسها بأنها قلبها جامد أى أنها لا تخاف من أى شئ فيما عدا ما يقلقها ويؤرقها مرضها الشديد الذى لا تعرف له سبب.

الدافع إلى العمل

لقد كان الدافع إلى العمل هو الحصول على المال كما تساعد زوجها فى تربية أولادها وسبب تركها للعمل هو كبر سنها، وكبر سن أولادها فقاموا بالعمل لمساعدة الأب فى الحصول على الرزق لإمكانية المعيشة.

درجة الاستبصار بالعوائق:

فترى المريضة أن الاستبصار لديها تركز فى شعورها بأن زوجها وعصبيته الزائدة ومعاملته السيئة لأولاده وأحفاده دائما ما تخلق جوا من التوتر وعدم الهدوء أو الراحة فى البيت وكانت إستجابة المريض بأنها قالت "بأزعل وأحط فى نفسى وأسكت أى أنها تستجيب إستجابة سلبية كما أنها أشارت بقولها المرض ده خلانى أتوه عن الدنيا بحالها" ويعنى ذلك أن الذات أصبحت مركز اهتمام المريضة والتى توجه لها العقاب باستمرار نوبات الإرتيكاريا فالمريضة تدرك أن هذه النوبات لا تأتى إلا عند زعلها أو إكتئابها .

أما عن الخبرات المؤلمة التى شعرت بها المريضة

١- موت الإبن الأكبر لها وكان عمره ١٠ سنوات بسبب الحصبة .

٢- موت الإبن الذى يليه وكان عمره ٦ شهور بسبب سخونته واستجابتها لهاتين الحالتين بأن لجأت للبكاء ونوبات الإرتيكاريا وتقول المريضة (الحمد لله ربنا صبرنى) .

المخاوف

المريضة لديها خوف من الاماكن المرتفعة فيحدث لها دوار ودوخة .

مصادر الصراع

عادة ما تصبح الأحوال الإقتصادية هى السبب الأساسى فى خلق جو من التوتر داخل المنزل وقد عبرت بأنها تكره زوجها كرها شديدا و ذلك لسوء تصرفه حيال أبناءه .

وكان المرض هو أحد الأسباب التى تلجأ إليها المريضة للتخلص من مشكلاتها مع الزوج وإزالة التوتر لأنه يظهر بمجرد تعرضها لمثير موتر لها .

القلق

وترى المريضة أن القلق يصاحبها دائما بسبب أبناءها بحبهم حبا شديدا وبخاصة إبنها الأكبر والذى ذكرت أن آخر نوبة حدثت لها كانت بعد فرحها فرحا شديدا لرجوع ابنها من الخارج بعد فترة زمنية طويلة قضاها يعمل بالخارج .

مشاعر الذنب والكف

ترى المريضة أنها لم تقوم بعمل أى شئ يغضب الآخرين منها أو يجعلها تشعر بالندم سوى موقف مع إحدى جاراتها حيث حدثت بينهما مشادة . وبعدها ندمت ندما شديدا .

الأحلام

المريضة لا تستمر عندها الأحلام ولكن يمكن أن تتذكر المريضة آخر حلم " حلمت إنى كنت راقدة عيانة وإبراهيم (الزوج) بيبوس ايديا وقالى أنت غايبة عنى بقالك كثير " وسألنى إذا كنت عاوزة فلوس" ، وضحكت المريضة لأن هذا لا يحدث فى الحقيقة .

وتضيف المريضة بأنها تعانى من كوابيس وأحلام مزعجة ولا تستيقظ إلا مفزوعة من نومها عادة .

تلخيص الحالة

مفهوم الذات الشخصية

المريضة لديها نوع من القلق بسبب مرضها وارتداد نوبات الإرتيكاريا وإدراكها إلى إزمان هذا المرض حيث أن حدوث الإنتكاسة بسبب بعض الضغوط الإجتماعية وبعض الخبرات المؤلمة التى مرت بها .

مفهوم الذات الأسرية

تعانى المريضة من ارتباط شديد بالأسرة والأبناء بشكل خاص فكل منهم امتداد لها كذلك فهى لم تتمتع بالإستقرار الأسرى فى الماضى بسبب وفاة والدها وسلبيته فى اتخاذ أى قرار يتعلق بها ، وتحكم زوجته فى مصيرها ، وكان الزوج قائم مقام الأب فكراهيتها للأب تحولت إلى الزوج ووصفته بأنه عصبى وكثير الإحتكاك بأولاده وهو سبب خلق جو من التور فى المنزل وسبب عدم الإستقرار فيه .

مفهوم الذات الجسمية

لم تصف المريضة نفسها وصفا يدل على معاناتها الشديدة من مرضها ولكن أضفت على نفسها صفة السلبية والعجز أمام الضغوط التى تحيط بها كما أنها أشارت إلى أنها كانت تساعد زوجها على تحمل أعباء الحياة .

مفهوم الذات الأخلاقية

يتضح من تاريخ الحالة أن المريضة تحافظ على علاقتها بالله سبحانه وتعالى وكذلك فهى تعمل ما يقربها إلى الله وأشارت إلى أنه لا يوجد ما يقلقها سوى مرضها وحتى مرضها تجد فيه ابتلاء من الله سبحانه وتعالى فتشعر بالرضا عنه .

مفهوم الذات الإجتماعية

المريضة تقضى معظم أوقاتها مع جيرانها من نفس السن أو مع أبناءها أو أحفادها فهى من النوع الإجتماعى الذى يسعى إلى كسب حب الآخرين وثناءهم .

صورة إكلينيكية مجملة

أوضحت الدراسة السابقة لتاريخ الحالة ومن المقابلة الإكلينيكيـــة التـــى أجرتها الباحثة مع المرضى (صدفية – إكزيما – إرتيكاريا) ما يلى :

(١)أوضحت الإضطرابات الثلاثة أن هنـــاك صراعـــات تتعلـــق بالحاجـــات الإستعراضية المكبوتة والمازوخية المكبوتة أيضا ويتضح ذلك عند النظـــر إلى فكرة كل مريضة عن نفسها فهم يرون أنفسهم يتمتعون بخصال حميـــدة ولكن ما يؤرقهم مرضهم والذى يجعلهم متوترين وقلقين ومشـــارين بســـبب المرض والذى كان سبب فى ظهور النوبات المرضية فى الحالات الثلاثـــة يعقبه رغبة فى عقاب الذات والتى تتمثل فى نوبة المرض الجلدى والـــذى يؤدى بهن إلى حك وهرش جلودهن ويعبر عن المازوخية (عقاب الـــذات) مع الاستعراضية والتى تتمثل فى كشف المناطق المصابة .

(٢) أوضحت الإضطرابات الثلاثة أن هناك صراع فى علاقات كل المريضات بأزواجهن وأنهن يعتبروهم بدائل الأب السئ ولـــذا فقـــد أصيبـــت حالـــة الإكزيما أول إصاباتها فى الجهاز التناسلى كى تمنـــع الإتصـــال الجنســـى بالزوج (بديل الأب) أما فى حالة الصدفية انتشرت الصدفية فى الجسم كله مما جعلها تبتعد عن زوجها وتمتنع عن الإتصال به . أما فى الإرتيكاريـــا فقد عبرت تعبيرا صريحا عن الكراهية الشديدة لزوجها .

(٣) أكدت الدراسة الإكلينيكية بعض الدراسات التـــى قـــامت بدراســـة هـــذه الأمراض وبخاصة من الناحية النفسية حيث أكدت نتيجة الدراسة التى قـــام بها حســـن عبـــد المعطـــى ١٩٨٦ عـــن (دراســـة إكلينيكيـــة للمرضـــى السيكوسوماتيين باستخدام منهج دراسة الحالة) وأكدت الإستجابات الخاصـــة بمريض الإرتيكاريا الإستعراضية المكبوتية والمازوخية المكبوتـــة والتـــى أظهرت الصراعات اللا شعورية الناتجة عن الفشل فى الحب الوالدى ومـــا يصاحبها من توتر وقلق يتبعه رغبة في عقاب الذات .

خاتمة

قامت الباحثة بهذه الدراسة بهدف التعرف على مفهوم الذات ومدى تأثره بالأمراض الجلدية السيكوسوماتية والتعرف على الفروق بين المرضى السيكوسوماتيين من المصابين بأمراض " الإرتيكاريا – الإكزيما – الصدفية" فى مفهوم الذات من ناحية ومعرفة الفروق بينهم وبين العينة الضابطة من الغير مصابين بأمراض جلدية سيكوسوماتية.

وقد استخدمت الباحثة عينة مكونة من ٩٠ حالة من المرضى الجلديين السيكوسوماتيين بواقع ٣٠ مريض بالإرتيكاريا و٣٠ مريض بالإكزيما و٣٠ مريض بالصدفية ، وكذلك ٣٠ من المجموعة الضابطة "الأسوياء" الغير مصابين بأمراض جلدية سيكوسوماتية وقد تمت المجالسة بين المجموعات فى الجنس والمؤهل والحالة الإجتماعية وباستخدام قائمة كورنل الجديدة للنواحى العصابية والسيكوسوماتية إعداد / أ.د محمود أبو النيل واختبار تنسى لمفهوم الذات إعداد / د. صفوت فرج ، د. سهير كامل ، اختبار الأمراض الجلدية "إعداد الباحثة" وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :

١-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والمجموعات المرضية الثلاثة على أبعاد مفهوم الذات (الشخصية ، الأسرية ، الأخلاقية ، الإجتماعية ، الجسمية ، نقد الذات) وكانت الفروق ذات دلالة إحصائية فى اتجاه المجموعة الضابطة ، وقد توقعت الباحثة هذا ، أما بالنسبة لإستجاباتهم على قائمة كورنل فبالإضافة إلى ارتفاع درجات المجموعات المرضية على المجموعة الضابطة فقد ظهرت الفروق فى اتجاه المجموعات المرضية فى أبعاد (الإضطرابات الجلدية ، الجهاز البولى والتناسلى ، الحساسية ، التوتر) وقد كان متوقعا ظهور فروق ذات دلالة إحصائية فى اتجاه المجموعة المرضية ونجد أنه فى أبعاد قائمة كورنل الأخرى وجود فرق فى المتوسطات بالرغم من أنها غير دالة إحصائيا ، هذا بالنسبة للفروق بين المجموعات المرضية والمجموعة الضابطة ،وقد فسرت الباحثة هذه الفروق فى ضوء الدراسات السابقة والتى استندت فيها على

دور التشوه الحادث فى الجلد وأثره على تغيير صورة الجسم لـدى الفـرد المصاب وتأثيرها على مفهوم الذات والسلوك وقابلية مفهوم الذات للتغـير وفقا لتغير المثيرات الخارجية والداخلية للفرد ونـدرج تحت المثيرات الخارجية (البيئة الإجتماعية ، والإقتصادية والعلاقات الشخصية التى تـؤدى دورها فى صورة مساندة إجتماعية للفرد) ، أما بالنسبة للمثيرات الداخليـة فتتمثل فى العوامل الوراثية والجسمية والمناعية والضغوط والإنفعال الـذى يحدث للفرد نتيجة للمثيارت الخارجية ، كما أن شكل المصاب يلعـب دور المثير الداخلى للإضطراب النفسى للفرد المصاب .

٢-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات المرضية بعضها وبعض وقد استخدمت الباحثة اختبار ت لإيجاد هذه الفروق ومعرفة مستوى دلالتها وكانت الفروق بين المجموعات المرضيـة علـى أبعـاد مفـهوم الـذات (الشخصية ، الأسرية ، الجسمية ، الإجتماعية ، نقد الذات) ، فكـانت بيـن الإرتيكاريا والصدفية على أبعاد مفهوم الذات الشخصية والأسرية والجسمية فى اتجاه مجموعة الإرتيكاريا وكانت بين مجموعتى الإرتيكاريا والإكزيمـا على أبعاد مفهوم الذات (الإجتماعية ونقد الذات) فى اتجاه مجموعة الإكزيما وكانت بين مجموعتى الإكزيما والصدفية على أبعاد مفهوم الذات (الشخصية ، والجسمية) فى اتجاه مجموعة الإكزيما ، أمـا بالنسـبة للفـروق بيـن المجموعات المرضية على أبعاد قائمة كورنل فكانت الفروق دالة على أبعاد (الإضطرابات الجلدية ، السمع والإبصار ، القلـب والأوعيـة الدمويـة ، التوتر) فى المقارنة بين مجموعتى الإرتيكاريا والصدفية فى اتجاه مجموعة الإرتيكاريا ، كما كانت الفروق دالة على بعد الإضطرابات الجلديـة فـى المقارنة بين مجموعتى الإرتيكاريا والإكزيما فى اتجاه مجموعة الإكزيمـا ، وكانت الفروق دالة على بعدى القلق والتوتر عند المقارنة بين مجموعتـى الإكزيما والصدفية فى اتجاه مجموعة الإكزيما.

وقد أكدت الدراسة المتعمقة للمرضى أنـهم يشـعرون بـالعجز أمـام المشكلات التى تواجههم كما أنهم يشعرون بعدم الأمن داخل أسرهم وبـالخجل الشديد الذى ينتابهم عند الحديث عن الحياة الزوجية (الجنسية) وعـدم تقبلـهن

للزوج ، كما تتميز استجابتهن بالقلق الدائم والتوتر والغضب الذى يقمن بقمعه وعدم التعبير الصريح عن مشاعرهن تجاه أزواجهن (صورة الأب) أو آبائهن.

كما يعانين التعب الشديد الناتج عن المرض كما يتضح من دراسة تاريخ حالة مريضة الإكزيما التى تعانى من الحرمان من الحياة كسيدة وأنثى مرغوبة نتيجة لمرضها ، كما نلاحظ انحصار اهتمامات المريضات الثلاثة فى حياة أبنائهن وهذا يؤكد التمركز حول الذات وميلهن إلى الإنعزال والإنطواء والإكتئاب الناتج عن المرض ، كما تتسم نظرتهن إلى مستقبلهن بالتشاؤم وعدم الثقة فى الذات.

من كل ما سبق من نتائج للدراسة تؤكدها الدراسات السابقة مثل (آمال كمال ١٩٩٢ – حسن عبد المعطى ١٩٨٩ – حسن عبد المعطى ، سامى على ١٩٨٦ – جبر محمد جبر ١٩٨٩) ، وتؤكد هذه الدراسات التغيرات فى المشاعر نحو الذات والشعوب بالعجز والدونية والتمركز حول الذات والإنطواء والإكتئاب الذى يؤكد انخفاض مفهوم الذات لدى هؤلاء المرضى وإضطراب حياتهم الزوجية والأسرية والإجتماعية عامة نتيجة للمرض الجلدى.

المراجع العربية والأجنبية

قائمة المراجع العربية

١-*أحمد عزت راجح :* "الأمراض النفسية والعقلية أسبابها وعلاجها وآثارها الإجتماعية" - دار المعارف - القاهرة ١٩٦٧.

٢- *أحمد عكاشه:* "علم النفس الفسيولوجي" - دار المعارف المصرية - القاهرة ١٩٨٢.

٣-________ : "الطب النفسي المعاصر" - الأنجلو المصرية - القاهرة ط٨ - ١٩٨٩.

٤- *آمال عبد الحليم سيد أحمد:* "علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهه الضبط" - ماجستير كلية الآداب -جامعة عين شمس ١٩٩٩.

٥- *آمال كمال محمد :* "التخييل لدى الأطفال المصابين بالأمراض السيكوسوماتية" - ماجستير- كلية الآداب - جامعة عين شمس ١٩٩٢.

٦- ________ : "البناء النفسي للمرضى المصابين بفقدان الشهية العصبي دراسة إكلينكية" - دكتوراه - كلية الآداب - جامعة عين شمس ١٩٩٨.

٧- *ألكسيس كاريل :* "الإنسان ذلك المجهول" - تعريب شفيق أسعد - مكتبة المعارف - بيروت ط٣ - ١٩٨٠.

٨- *الموسوعة العربية الطبية :* "المجلد السابع" - الشركة الشرقية للمطبوعات ١٩٩٤.

٩- *أنسى أسعد محمد أحمد قاسم :* "مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية للأطفال المحرومين من الوالدين" - دراسة مقارنه كلية الآداب - جامعة عين شمس ١٩٩٤ .

١٠- *أتو فينخل :* "نظرية التحليل النفسي في العصاب" ترجمة صلاح خضير- عبده ميخائيل - الأنجلو المصرية - القاهرة ج١- ١٩٦٩.

١١- ________ : "نظرية التحليل النفسي في العصاب" - الأنجلو المصرية - القاهرة ج٢ - ١٩٦٩.

١٢- *ابتسام حسين عبد الرازق :* "العلاقة بين كل من الكفاءة الاجتماعية ومفهوم الذات والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوى التخلف العقلي البسيط في الفئة العمرية من ٦-١١ " - ماجستير - كلية الآداب - جامعة عين شمس -٢٠٠٠.

١٣- *إبراهيم أحمد أبو زيد :* "دراسة تجريبية مقارنه لمفهوم الذات لدى الجنسين وعلاقته بالاتزان الإنفعالي" - ماجستير - كلية الآداب - جامعة الإسكندرية - ١٩٧٦.

١٤- *إبراهيم حامد سليمان المغربى :* "العلاقة بين مرض ارتفاع ضغط الدم الأولي وبعض القدرات العقلية " - ماجستير - كلية الآداب - جامعة الإسكندرية - ١٩٩٢.

١٥- *إبراهيم زكى قشقوش :* "دراسة للتطلع بين الشباب الجامعي في علاقته بمفهوم الذات" - ماجستير- كلية التربية - جامعة عين شمس - ١٩٧٥.

١٦- *إحسان محمد الدمرداش :* "مفهوم الذات عند الأطفال المحرومين من الأب" - ماجستير- كلية البنات - جامعة عين شمس - ١٩٧٦.

١٧- *إنشراح محمود دسوقى:* "دور المرأة الإجتماعي وعلاقته بمفهومها عن ذاتها" - ماجستير - كلية الآداب - جامعة عين شمس - ١٩٨٠.

١٨- *إيناس نجيب أنيس :* "مفهوم ذات الطفل وعلاقته بمستوى التحصيل" - ماجستير - معهد دراسات الطفولة - جامعة عين شمس - ١٩٩٢.

١٩- *تهانى محمد عثمان نجيب:* "دراسة لمفهوم الذات لدى المراهقين والمراهقات فى علاقته بالاتجاهات الوالدية لحماية الأبناء" - ماجستير - كلية الآداب - جامعة عين شمس - ١٩٨٣.

٢٠- *جابر عبد الحميد جابر:* "معجم علم النفس والطب النفسي" - دار النهضة العربية - القاهرة - ١٩٩٥.

٢١- *جبالى نور الدين :* "علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية - دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية وحالات السكر" - ماجستير - كلية الآداب - جامعة عين شمس - ١٩٨٩.

٢٢- *جبر محمد جبر:* "الاضطرابات الإنفعالية المصاحبة لبعض التشوهات البدنية الظاهرة" - دكتوراه - كلية البنات - جامعة عين شمس - ١٩٨٩.

٢٣- *حامد زهران :* "التوجيه والإرشاد النفسي" - عالم الكتب - القاهرة - ط٢ - ١٩٨٠.

٢٤- *حامد عبد العزيز الفقى:* "دراسات فى سيكولوجية النمو" - دار القلم - الكويت ط٦ - ١٩٩٥.

٢٥- ***حزم عبد الواحد وافى:*** "دراسة تطور مفهوم الـــذات عنـد الأطفـــال" - دكتوراه - كلية الآداب - جامعة عين شمس ١٩٨٩.

٢٦- ***حسن مصطفى عبد المعطى وسامى محمد:*** "مفهوم الذات لدى المراهقيـن المعوقين جسديا" - بحوث المؤتمر الرابع لعلـــم النفـس- مركز التنمية البشرية والمعلومات- الجيزة - ١٩٨٨.

٢٧- ***حسن مصطفى عبد المعطى:*** "الأثر النفسى لأحداث الحيـاة كمـا يدركـها المرضى السيكوسوماتيين" - مجلة علـم النفـس- العـدد التاسع - الهيئة المصرية العامة للكتاب - ١٩٨٩.

٢٨- ***حسن عبد الجواد عطية بدر:*** "القلق ومفهوم الذات لدى نزيلات الملاجـئ المراهقات" - دكتوراه - كلية الآداب - جامعة عين شـمس - ١٩٩٩.

٢٩- ***حسين على محمد فايد:*** "دراســة مقارنــة فــي الشـخصية والأعـراض السيكوسوماتية بين كل من العقـــاقير المثبطـة والعقـاقير المنشطة" - دكتوراه - كلية الآداب - جامعة عين شمس - ١٩٩٤.

٣٠- ***خلف أحمد مبارك:*** "مفهوم الذات لدى الطفل الوحيد في الأسـرة وعلاقتـه بالتكيف الشخصي الاجتماعي" - ماجستير-كلية التربيــة - جامعة أسيوط - ١٩٨١.

٣١- ***دالاس بيرت جرين :*** "مفهوم الذات أسسه النظرية والتطبيقيــة" ترجمـة فوزى بهلول - دار النهضة العربية - بيروت-١٩٨١.

٣٢- ***ديوبولدب فان دالين :*** "مناهج البحث فى التربية وعلم النفس" ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرون - الأنجلو المصرية -القـــاهرة ط٦ - ١٩٩٦.

٣٤- *زكية مرزوك العرافى:* "دراسة للعلاقة بين الإحساس بالوحدة النفسية ومفهوم الذات لدى الطلاب الجامعيين من الجنسين" - ماجستير - كلية التربية - جامعة عين شمس - ١٩٨١.

٣٥- *سميرة محمد إبراهيم سند:* "مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى اللقطاء" - ماجستير - كلية التربية - جامعة عين شمس - ١٩٨٣.

٣٦- *سهير كامل احمد:* "مفهوم الذات للطالبات الجامعيات السعوديات وعلاقته بنوع التخصص الدراسي" - بحوث المؤتمر الثالث لعلم النفس فى مصر- مركز التنمية البشرية والمعلومات - ١٩٨٧.

٣٧- *سهير كامل أحمد:* "أسس تربية الطفل بين النظرية والتطبيق" - دار المعرفه الجامعية - إسكندرية - ٢٠٠٠.

٣٨- *سيد سيد أحمد الطوخى:* "دراسة مفهوم الذات لدى المراهقين المصريين بالريف والحضر" - ماجستير - كلية الآداب جامعة عين شمس - ١٩٧٣.

٣٩- *سيد غنيم:* "سيكولوجية الشخصية" - دار النهضة العربية - القاهرة - ١٩٧٢.

٤٠- *شيدلر هاربى:* "مشاكل الجلد والشعر" - ترجمة مركز التعريب والبرمجة - الدار العربية للعلوم-السلسلة الصحية - بيروت ١٩٩٢.

٤١- *عبد الفتاح دويدار:* "سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات" - دار النهضة العربية - بيروت -١٩٩٢.

٤٢- *عبد المنعم عبد الله حسيب السيد:* "مستوى مفهوم الذات والتوافق النفسي وعلاقتها بالسلوك والتأمل الإندفاعي للطلبة المرحلة الثانوية (دراسة وصفية مقارنه)" – دكتوراه – معهد دراسات الطفولة– جامعة عين شمس – ١٩٩٥.

٤٣- *عبد المنصف غازى، محمد عبد الظاهرالطيب:* "الأمراض النفسجسمية (السيكوسوماتية)" – دار النهضة العربية – بيروت – ١٩٨٦.

٤٤- *عبد الهادى مصباح :* "أسرار المناعة من الأنفلونزا إلى السرطان والايدز" – الدار المصرية اللبنانية – القاهرة – ١٩٩٦.

٤٥- *عبد الوهاب كامل:* "علم النفس الفسيولوجي" – مكتبة النهضة المصرية – القاهرة – ١٩٩١.

٤٦- *عزيزة محمد السيد:* "صورة الذات لدى المراة المصرية فى ضوء الأبعاد النفسية والاجتماعية " – ماجستير – كلية البنات – جامعة عين شمس – ١٩٨٠.

٤٧- *عصام محمد عبد الجواد :* "أثر المربيات على الصحة النفسية ومفهوم الذات لدى الأطفال" – دكتوراه – كلية الآداب – جامعة عين شمس – ١٩٨٧.

٤٨- *عفاف محمد حسيب عبد الحليم:* "دراسة فى التوافق النفسي ومفهوم الذات عند أطفال المقابر" – ماجستير – كلية البنات جامعة عين شمس – ١٩٩٣.

٤٩-*على عبد السلام على محمد* : "أبناء المسجونين دراسة على العدوان ومفهوم الذات واتجاهات التنشئة الاجتماعية" - دكتوراه - كلية الآداب- جامعة عين شمس - ١٩٨٨.

٥٠- *على عسكر*: "ضغوط الحياه وأساليب مواجهتها" - دار الكتاب الحديث - الكويت - ١٩٩٨.

٥١- *غادة سليمان العتيبى*: "علاقة الأعراض السيكوسوماتية بالتوافق النفسي لدى الطلاب المراهقين" - ماجستير - كلية الآداب جامعة عين شمس - ١٩٨٨.

٥٢- *فاتن محمود سند*: "دراسة مقارنه بين المرأة العانس والمرأة المتزوجة في مفهوم الذات والاكتئاب والقلق والهيستريا" - ماجستير - كلية الآداب - جامعة عين شمس - ١٩٩٩.

٥٣- *فتحى السيد عبد الرحيم*: "أثر فقدان البصر على مفهوم تكوين مفهوم الذات" - دكتوراه - كلية التربية - جامعة عين شمس - ١٩٦٩.

٥٤- *فتحية رياض عبدالله* : "مفهوم الذات لدى أطفال الريف في مرحلة الطفولة المتأخرة" - ماجستير - كلية الآداب - جامعة الزقازيق - ١٩٨٧.

٥٥- *فؤاد البهى السيد*: "الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة" - دار الفكر العربى - القاهرة ط٣ - ١٩٧٤.

٥٦- *فيوليت فؤاد إبراهيم* : "الإعاقة البصرية وعلاقتها بمفهوم الذات والتوافق الشخصي والإجتماعي" - الكتاب السنوى فى علم النفس تصدره الجمعية المصرية للدراسات النفسية- المجلد الخامس القاهرة- مكتبة الأنجلو المصرية - ١٩٨٦.

٥٧- *كاميليا عبد الفتاح:* "مفهوم الذات لدى الشباب" – الكتاب السنوى للجمعية المصرية للدراسات النفسية – الهيئة العامة للكتاب – المجلد الأول ١٩٧٤.

٥٨-*كمال عبد المحسن البنا :* "التوافق النفسي للمدرين ودراسة عن العلاقة بين النمط الاداري ونوع الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة" – دكتوراه – كلية الآداب – جامعة عين شمس – ١٩٨٨.

٥٩- *لطفى محمد فطيم :* "العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية" – دكتوراه – بنات جامعة عين شمس – ١٩٧٩.

٦٠- *لويس كامل مليكة :* "قراءات في علم النفس الإجتماعي" – الهيئة العامة للكتاب – القاهرة جـ ٦ – ١٩٩٤.

٦١- *ماجدة خميس :* "القلق وعلاقته ببعض الأمراض العضوية " – دكتوراه – كلية الآداب – جامعة الإسكندرية – ١٩٨٩.

٦٢- *مجدى محمد محمود زينه:* "علاقة الاضطراب السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضررين من حرب الخليج الثانية" – دكتوراه – كلية الآداب – جامعة عين شمس – ٢٠٠٠.

٦٣- *محمد أديب البطل:* "الوجيز في علم الأمراض الجلدية والزهرية مع أطلس ملون لبعض الأمراض الشائعة" – دار العلم العربى– حلب – سوريا – ١٩٩٥.

٦٤- *محمد حمدى حنفى محمد شرف :* "تغير أبعاد مفهوم الذات لدى الأحداث الجانحين" – ماجستير– كلية البنات جامعة – عين شمس – ١٩٨٨.

٦٥- *محمد صالح فالح هيثان :* "سيكولوجية الألم والتشوه لدى مصابي الحروق" – دكتوراه – كلية الآداب – جامعة عين شمس – ١٩٩٠.

٦٦-*محمد عامر:* "عن الجلد والشعر سألوني" – يونيو – كتاب اليوم الطبي – دار أخبار اليوم – ١٩٩٦.

٦٧- *محمود السيد أبو النيل :* "علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهني في الصناعة" – دكتوراه – كلية الآداب – جامعة عين شمس – ١٩٧٤

٦٨- ________ : "علم النفس الاجتماعي" – سلسلة علم النفس – دار النهضة العربية – بيروت ج١ – ١٩٨٤.

٦٩- ________ "الأمراض السيكوسوماتية" – مكتبة الخانجي – القاهرة – ١٩٨٤.

٧٠- *مختار حمزه :* "سيكولوجية المرضى وذوى العاهات" – دار المعارف – بمصر – ١٩٥٦.

٧١- *مصطفى زيور :* "في النفس" – بحوث مجمعه – دار النهضة العربية – بيروت – ١٩٨٦.

٧٢- *منال أحمد شحاته الدماطي:* "أثر الحرمان من الإنجاب على مفهوم الذات لدى المرأة العاقر" – ماجستير – كلية الآداب – جامعة عين شمس – ١٩٨٩.

٧٣- *منى حسين حسن أبو طيرة:* "علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية والتنشئة الاجتماعية" – دكتوراه – كلية الآداب –جامعة عين شمس – ١٩٨٩.

٧٤- *ماهر محمود الهوارى :* "دراسة تجريبية مقارنه في ديناميات تعيين الذات وصورة الجسم مع فئات مختلفة" - ماجستير - كلية الآداب - جامعة عين شمس - ١٩٧١.

٧٥- *نرمين لويس نقولا :* "دراسة مستوى مفهوم الذات الأحداث الجانحين البالغين من العمر ١٠-١٢ عاما (دراسة تقويمية تشخيصية)" - ماجستير- معهد دراسات الطفولة-جامعة عين شمس - ١٩٩٠.

٧٦- *نجوى السيد محمود:* "مفهوم الذات لدى العامل المشكل وعلاقته بإنتاجه في الصناعة" - ماجستير - كلية الآداب - جامعة الزقازيق - ١٩٨٨.

٧٧- *نفيسة عبد الله نصير:* "العلاقة بين الاتجاهات في التنشئة ومفهوم الذات عند الأطفال" - ماجستير - كلية البنات - جامعة عين شمس - ١٩٧٩.

٧٨- *نيفين مصطفى زيور :* "سيكوديناميات النمو النفسي" - مكتبة التحليل النفسى للأطفال - القاهرة - ١٩٨٧.

٧٩- *هالة فهمى دياب:* "العلاقة بين مفهوم الذات والشخصية لدى مذيعي ومذيعات الإذاعة والتلفزيون" - ماجستير - كلية الآداب - جامعة عين شمس - ١٩٩٧.

٨٠- *هول.ك وليندزى:* "نظريات الشخصية" - ترجمة فرج أحمد فرج وآخرون - القاهرة- الهيئة العامة- للكتاب للتأليف والنشر - ١٩٧١.

٨١- *وينفريد هوبر:* "مدخل إلى سيكولوجية الشخصية" - ترجمة مصطفى عشرى - ديوان المطبوعات الجامعية- الجزائر - ١٩٩٥.

قائمة المراجع الأجنبية

82- ***Anatomic E. Puente (1984) :*** "Relation ship between self consciousness, Autonomic perception and psychosomatic disorders", J. perceptual and Motor skills, 59, 769 – 770.

83- ***Anthony Du vivier (1993) :*** "Atlas of clinical Dermatology. Advisor on pathology", Phillip H. Mc Kee, second edition, New York.

84- ***Benjamin B. Wolman (1988) :*** "psychosomatic Disorders", plenum Medical Book Company. New York & London.

85- ***Brähler, E. & H. Applelt Beckerand et al., (1988) :*** "Body Experience" (third edition), Sptringger, verlay, Berhinn Heidelfery. New York. London, Paris, Tokyo.

86- ***Buklon, J.L. (1990) :*** "Essential of Dermatology", Hony Kong.

87- ***Charles J., Holahan and Rodolf H. Moos (1987) :*** "Risk, Resistance and psychological Distress A longitudinal Analysis with Adults and children", J. Abnormal psychology, vol. 96 No.1 – 3-13.

88- ***Christiaan D. Van der velde, M.D. – May (1985) :*** "Body Images of one's self and of others Developmental and Clinical significance". The American, J. psychiatry – vol. 142 : 5.

89- ***David H. Schroeder & Paul T. Costa Jr. (1984) :*** "Influence of event stress on physical illness : substantive effects or Methodological Flaw", J. Personality and social psychology vol. 46, No. 4, 853 – 863.

90- ***Davison Neale (1994) :*** "Abnormal psychology", chichester, New York, sixth edition.

91- ***Donald P. Cushman & Dudley D. Cahnzr (1985) :*** "Communication in Interpersonal Relationship" State University of New York press, New York.

92- ***Douwe Tiemersma (1989) :*** "Body Schema and Body image", Amsterdam tisse, Amesterdam.

93- ***Edward weiss, M.D. & O. spurgean English ; M.O. (1949) :*** "Psychosomatic medicine", Philadelphia & London.

94- ***Flander Dunbar ; M.D. (1938) :*** "Mind and Body psychosomatic Medicine". New England edition, Random House, New York.

95- ***Frank T. Bruno, ph. D. (1989) :*** "The family mental health encyclopedia", Wiley, New York.

96- *Gaber L.B. (1984)* : "Structural Dimensions in Aged self concept, Tennessee self Concept study", J. The British Journal of Psychological society – 201 – 205.

97- *Gall ; Wendel & David Lester (1988)* : "Body Cathexis and self-esteem", J. Perceptual and Motor skills, vol. 67, 538.

98- *Hajek, P., B. Jakoub & T. Radil (1990)* : "Gradual increase in Cutaneaus Threshold induced by Repeated Hypnosis of Healthy Individuals and Patients with A topic Eczema", J. Perceptual and Motor skill, vol.70, 549 – 550.

99- *Herbert W. Marsh (1990)* : "The structure of Academic self concept, the Marsh / Shavelson Model, J. education psychology. vol., 82, No. 4, 623 – 636.

100- *James W. Pennebaker, Cheryl F. Hughes and Robin C.O. Heron (1987)* : "The psychophysiology of Confession. Linking inhibitory and psychosomatic process", J. personality and social psychology, vol. 52, No. 4, 781 – 798.

101- *Jane A. Bybee & Edward Zigler (1991)* : "Self Image and Guilt, A further test of the Cognitive - Developmental Formulation", J. Personality – vol. 59 : 4.

102- ***Janisse, Michel Pierre (1988) :*** "Individual Differences – Stress and Health psychology", Springer verlag., New York. Inc.

103- ***Jill Kiecolt, K. (1994) :*** "Stress and The decision to change on self : A theoretical Model", J. Social psychology Quarterly. vol. 57. No. 1, 49 – 63.

104- ***John Deigh (1983) :*** "Shame and self-esteem", J. Ethics, January.

105- ***Jonathan C. Smith (1993) :*** "Understanding stress and coping", Macmillon publishing Company, New York.

106- ***Jowett, Sandra & Terence Royan (1985) :*** "Skin disease and Handicap : An analysis of the impact of skin conditions", J. Social Science Medicine, vol. 20, No. 4, 425 – 429.

107- ***Lester M. (1995) :*** "Psychology" third edition, U.S.A, LA Foyette College.

108- ***Lewicki, Pawel (1983) :*** "Self Image, Bias in person Perception", J. Personality and Social psychology – vol. 45, No. 2, 384 – 393.

109- ***Lowra L. Caretensen & John M. Neale (1989) :*** "Mechanisms of psychological influence on physical Health", plenum press, New York.

110- ***Max Homilton (1955) :*** "Psychosomatics", Joun Wiley and Sons. Inc, New York.

111- *Merril J. Melnick & Swapan Mooker Jee (1991) :* "Effects of advanced weight training on Body, Cathexis and self-esteem", J. Perceptual and Motor skills, vol. 72, 1335 – 1345.

112- *Paul Matussek, Dorothe Agerer & Georg Seibt (1984) :* "Aggression and Allergic Disorders in Depressives", J. Psychosomatic research, vol. 28, No. 3, 205 – 211.

113- *Paul T. Costa, J., R. and Gary R. Vendenbos (1990) :* "Psychological Aspects of Serious illness", U.S.A., A ciel Free paper, First edition.

114- *Peter H. Silverstone (1991) :* "Low self esteem in different psychiatric conditions", J. British Clinical psychology, vol. 30, 185 – 188.

115- *Raymond J. Corsini (1988) :* "Individual Differences, Stress and Health psychology", Springer verlag, New York.

116- *Robert J. Gatchel & Edward B. Blanced (1993) :* "psychological Disorders", J. American psychological association, Washington, D.C.

117- *Robert J. Gatchel, Andrew Bawn and David S. Krantz (1989) :* "An introduction to Health psychology" New York, Second edition.

118- *Ronald B. Adler & Neil Town (1990) :* "Looking out – Looking in" Sixth edition Holt, Rinchart and Winston inc.

119- *Roy F. Baumeister (1993) :* "Self . Esteem : The puzzle of low self regard", Plenum press, New York & London.

120- *Stanley Cheren, M.D. (1989) :* "Psychosomatic Medicine, Theory Physiology and Practice", International Universities press, U.S.A.

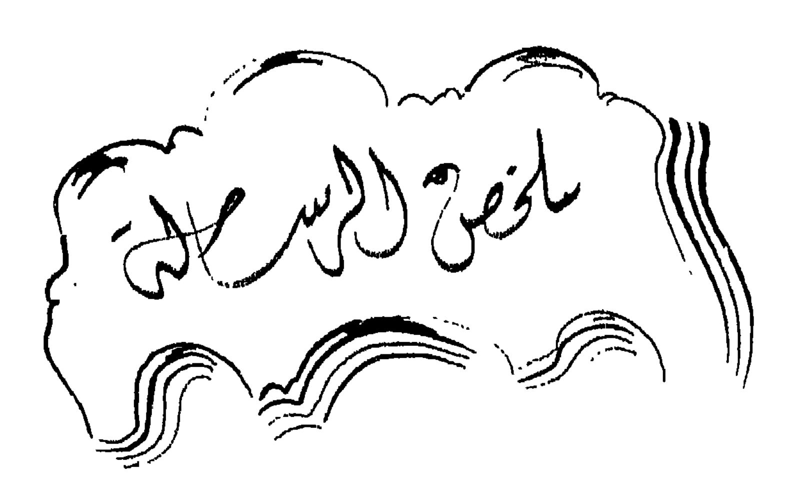
121- *Taylor Shelley E. (1995) :* "Health psychology", M.C. graw Hill inc. Third edition, New York.

122- *W.W. Meissner, S.J., M.D., (1993) :* "Self-as-agent in psychoanalysis", J. Psychoanalysis and Contemporary thought, vol. 16, No. 4.

123- *Wallace C. Panides & Robert C. Ziller (1981):* "The Self perceptions of children with Asthma and Asthma / enuresis", J. Psychosomatic Research, vol. 25, 51 – 56.

124- ______________ *(1996) :* "The Self–as–object in psychoanalysis", J. Psychoanalysis and Contemporary thought, vol. 19, No. 3.

125- ______________ *(1997) :* "The self and The Body, The Body Self and The body image", J. Psychoanalysis and Contemporary Thought, vol. 20, No., 4.


ملخص الرسالة

ملخص الدراسة

مفهوم الذات لدى مرضى الجلد السيكوسوماتيين

مشكلة البحث

يتأثر مفهوم ذات الشخص بالتغيرات والإضطرابات التى تمر بالفرد وبخاصة التغيرات العضوية والأمراض.

وتؤدى الإصابة بالأمراض الجلدية إلى تغير واضطراب فى الشكل الخارجى للفرد مما يؤدى إلى تغير الشكل العام الظاهرى والذى يلعب دور المثير الذاتى للإضطرابات النفسية للفرد المصاب ويصاحب هذه الأمراض استجابات بيئية اجتماعية والتى تعتبر مثيرا خارجيا مما قد يؤثر على مفهوم ذات الفرد ، وتتحدد مشكلة الدراسة فى الإجابة على التساؤلات الآتية :

١-هل يختلف مفهوم الذات لدى مرضى الجلد السيكوسوماتيين عن غيرهم من غير المرضى (المجموعة الضابطة) كما يقاس بمقياس تنسى لمفهوم الذات وكما يظهر من دراسة تاريخ الحالة ؟

٢-هل يختلف مفهوم الذات لدى مرضى الجلد السيكوسوماتيين باختلاف نوع المرض الجلدى كما يقاس بمقياس تنسى لمفهوم الذات وكما يظهر من دراسة تاريخ الحالة ؟

أهمية البحث

تتبلور أهمية الدراسة فى خمسة محاور رئيسية

__أولا :__ تتعلق بموضوع الأمراض السيكوسوماتية وتزايد نسبة الإصابة بها.

__ثانيا:__ يتعلق بدراسة مفهوم الذات كمدخل لدراسة الشخصية والبناء النفسى للفرد.

__ثالثا:__ يتعلق بدراسة الأمراض الجلدية (أرتيكاريا- اكزيما- صدفية) دراسة متخصصة فى الأمراض الجلدية ولا تشتمل على أمراض جسمية أخرى خاصة بأجهزة جسمية أخرى.

رابعا: يتعلق بالشريحة التى أجريت عليها الدراسة من حيث المرحلة التى يكتمل فيها نضج الإنسان ويصعب تغيير مفهومه عن ذاته.

خامسا: يتعلق بدراسة مفهوم الذات لدى المرضى السيكوسوماتيين للإستفادة من معرفته فى توجيه سلوكهم والإرشاد النفسي لهم.

أهداف البحث :

تتحدد قيمة العمل بقيمة أهداف وهدف هذا البحث هو الكشف عن طبيعة مفهوم الذات لدى ثلاث فئات مرضى الجلد السيكوسوماتيين وهم المصابون بالإرتييكاريا والإكزيما و الصدفية ومقارنتهم بالمجموعة الضابطة والكشف عن الفروق فى مفهوم الذات بين الشرائح المرضية والشريحة الضابطة وذلك من خلال الإختبارات السيكومترية الآتية :

١-اختبار تنسى لمفهوم الذات.

٢- قائمة كورنل الجديدة للنواحى العصابية والسيكوسوماتية.

٣- اختبار الاضطرابات الجلدية (إعداد الباحثة).

والدراسة المتعمقة من خلال دراسة الحالة لثلاثة من المرض (بالإرتيكاريا- إكزيما- صدفيه).

عينة البحث :

بلغ عدد أفراد عينة البحث ١٢٠ شخص موزعين على النحو التالى :

٣٠ مصابا بالإرتيكاريا بواقع ١٩ إناث، ١١ذكور.

٣٠ مصاب بالاكزيما بواقع ١٥ إناث، ١٥ ذكور.

٣٠مصاب بالصدفية بواقع ١١ إناث، ١٩ ذكور.

٣٠ شخص لم يصاب بأمراض جلدية سابقة ١٦ إناث ، ١٤ ذكور.

أسس اختيار العينة

(١) أن يكون المفحوص ملما بقواعد القراءة والكتابة.

(٢) أن لا يقل عمر المفحوص عن ٢١ سنة ولا يزيد عن ٦٠ سنة.

(٣) أن يكون المفحوص قد شخص طبيا ونفسيا من خلال الاختبارات النفسية المستخدمة والتى قامت الباحثة بإعداد أحدها.

(٤) أن لا يكون المفحوص قد عولج بمصحة نفسية أو مستشفى للأمراض العقلية ، وهذا للتأكد من خلوه من أى اضطراب عقلى أو بدنى.

أدوات البحث

تنقسم أدوات البحث إلى قسمين وفقا لأهداف البحث وخطته:-

١- **دراسة سيكومترية تستخدم بها :**

أ- مقياس تنسى لمفهوم الذات TENSSI SCAL

ب- قائمة كورنل الجديدة للنواحى العصابية والسيكوسوماتية.

جـ- اختبار الاضطرابات الجلدية من إعداد الباحثة.

٢- **الدراسة المتعمقة وتستخدم فيها دراسة الحالة.**

الوسائل الإحصائية

١-اختبار (ت) لحساب الفروق بين متوسط المجموعات المرضية والمجموعة الضابطة ومعرفة مستوى دلالتها.

٢- كا٢ لحساب الفروق بين التكرارات ودلالتها.

نتائج الدراسة:

(١) حصلت المجموعة الضابطة على درجات دالة إحصائيا على مقياس مفهوم الذات بأبعاد الشخصية، الأسرية والأخلاقية والاجتماعية مقارنة بالمرض بالإرتيكاريا حصلت مجموعة الإرتيكاريا على درجات دالة إحصائيا على بعد الاضطرابات الجلدية.

(٢) حصلت المجموعة الضابطة على درجات مرتفعة دالة إحصائيا على مقياس مفهوم الذات بأبعاده الشخصية ، الأسرية ، الجسمية ، الأخلاقية ونقد الذات مقارنه بمرضى الإكزيما كما حصلت على درجات مرتفعة في أبعاد الإضطرابات الجلدية واضطرابات الجهاز البولي والتناسلي وبعد الحساسية.

(٣) حصلت المجموعة الضابطة على درجات مرتفعة دالة إحصائيا على مقياس مفهوم الذات بأبعاده الشخصية، والأسرية، الجسمية، الأخلاقية ، والاجتماعية ونقد الذات مقارنة بمجموعة الصدفية كما حصلت مجموعة الصدفية على درجات مرتفعة على أبعاد الاضطرابات الجلدية في اتجاه مجموعة الصدفية والتوتر في اتجاه المجموعة الضابطة.

(٤) حصلت المجموعة مرضى الإرتيكاريا على درجات مرتفعة داله إحصائيا على مقياس مفهوم الذات على أبعاد الذات الشخصية ، الأسرية ، الجسمية مقارنة بمجموعة الصدفية وحصلت مجموعة الإرتيكاريا على فروق دالة على أبعاد الاضطرابات الجلدية ، السمع والأبصار ، القلب والأوعية الدموية ، والتوتر.

(٥) حصلت مجموعة الإكزيما على درجات مرتفعة داله إحصائيا على مقياس مفهوم الذات على بعدى الذات الاجتماعية ونقد الذات مقارنة بمجموعة الإرتيكاريا ، كما حصلت على درجات مرتفعة دالة على الاضطرابات الجلدية في قائمة كورنل.

(٦) حصلت مجموعة الإكزيما على درجات مرتفعة داله إحصائيا على أبعاد مفهوم الذات الشخصية والجسمية مقارنة بمجموعة الصدفية كما حصلت على درجات مرتفعة دالة على أبعاد قائمة كورنل في القلق والتوتر.

(٧) تختلف ديناميات شخصية مرضى الإرتيكاريا والإكزيما والصدفية حسب نوع المرض باستخدام دراسة تاريخ الحالة.

Self Concept for dermatological psychosomatic patients

Research problem:

Person self-esteem affected by the changes and disorders that could happen to him specially physiological changes and diseases.

Dermatological diseases lead to many changes and disorders in the outer appearance this leads to a changing in the general appearance. That acts as a self- impulse for these patient's psychological disorders.

These diseases accomplished with social environmental responses that considered an outer impulse because of what it cam'es like frustration that may lead to the psychological disease. All this may affect on one's self concept.

Research importance

I'ts importance summarized in five basic pinots:

The first point in linked to psychosomatic diseases.

The second pivot is linked to the study self-concept as an entrance to study personality and one's psychological construction.

The third point is linked to a study for Dermatological diseases (Urticaria – Eczema – Psoriassis) a special study for Dermatological Diseases; it doesn't include physiological diseases linked to any other physiological systems.

The forth point is linked to the sample, that the study is applied on., as for the stage in which the person maturation is completed and it is difficult to change his self concept.

The fifth point is linked to a study for self-concept for psychosomatic patients in order to make use of knowing it to guide their behavior and their psychological guidance.

Aim Research :

The value of a work is determined by the value of it's goals. The main goad of that research is to find out the nature of self concept for three Groups of psychosomatic Dermatological patients and they are: Uritcaria, Eczema and psoriasis patients and comparing them with the accurate group and to find out the differences of self concept for the patients groups and the accurate one and this can be a cheived through psychometric tests:

1- Tenssi scale for self. Concept.

2- Cornel index .

3- Dermatological Disorders (By the Researcher). The deep study through a study for three cases of three patients of Urticaria, Exzema and psoriasis.

The Research Sample:

The number of the sample reached 120 person devided like that:

1- 30 Urticaria → 19 female, 14 male.

2- 30 Eczema → 15 female, 15 male.

3- 30 Psoriasis → 11 female, 19 male.

4- 30 Didn't have any remarkable dermatological diseases before they were 16 female 14 male.

The foundation of choosing the sample:

1- The investigated person must be educated and able to read and write.

2- His age should not be less than 21 years old and not more then 60 years old.

3- The investigated person should be investigated psychologically and medically through psychological tests that the researcher used.

4- He should be treated through a psychological clinic or a hospital for mental diseases and this to make sure that he is away of mental or physiological disorders.

Tools :

These implements (tools) are devided into pa according to the research goals and plan.

(1) psychometric implements (tools)

They are:

1- Tenssi scale.

2- Cornel index .

3- Dermatological Disorders test (For the researcher)

The Results

1- Control group got high marks that point, statistically, to the measurement of self-concept from the personal domestic, moralistic and social dimensions. Comparable with the urticaria patients. The urticaria group got high makes that statistically point o Dermatological disorders dimensions.

2- Control group got high marks that statistically point to the measurement of self-concept from the personal, domestic, physiological, moralistic and social dimensions and self criticism, comparable with the Eczema patients. On the other hand the Eczema Group got high marks in the dermatologic disorders and the urinary and procreation venereal systems dimentions.

3- control group got high marks that statistically point to the measurement of self-concept from the personal, domestic, moralistic, physiological and self-criticism dimensions. Comparable with the psoriasis patients, the psoriasis Group got high marks from the dimensions of dermatological disorders for the psoriasis group and tension for the accurate group.

4- The Urticaria Group got high marks that statistically point the measurement of self-concept from the personal, domestic, physiological dimensions. Also this group had many differences from the dermatological disorder, hearing, eyesight, heart and tension.

5- The Eczema group got high marks that statistically point to self-concept from the social and self-criticism dimension. This group also, got high marks that point to dermatological disorders and the bones system dimensions.

6- The Eczema Group got high marks that statistically point to the self-concept from the personal and physiological dimensions. Also got high marks that point to the dimensions of (Cornel list) (As for disturbance and tension).

7- The personal Dynamics for the Urticaria, Eczema and psoriasis patients different from on to another according to the type of the disease.

ملاحق الرسالة


ملحق رقم «١»

« كراسة أسئلة »

قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية

تأليف

كيف برودمان، البرت ج. إردمان، هارولدج. ولف، بول ف. مسكوفتش

KEEV BRODMAN, AlbERT J. ERDMANN, HARld G. wolf, PAUL F. MISKOVITZ

تعريب وإعداد

الدكتور محمود السيد ابو النيل

قسم علم النفس كلية الآداب جامعة عين شمس

« ١٩٩٥ »

التعليمات :في الصفحات التالية مجموعة من الأسئلة التى تتعلق بالصحة وأحوالك المختلفة والمطلوب منك الإجابة بصدق وصراحة تامة علماً بأنه لا توجد إجابة صح أو اجابة خطأ على أى من هذه الأسئلة. فالسؤال الذى ينطبق عليك أجب عنه (بنعم)، والسؤال الذى لا ينطبق عليك أجب عنه (بلا) وذلك فى ورقة الإجابة المنفصلة كما فى المثال الآتى:

مثال : السؤال : هل شهيتك للطعام جيدة؟ نعم لا

فإذا كانت إجابتك (بنعم) أملأ الفراغ الذى بين الخطين والموجودة تحت (نعم) كالآتى (▇)، وإذا كانت إجابتك (بلا) أملأ الفراغ تحت (لا) كالآتى (▇).

ملحوظة هامة : لا تكتب اسمك أو تضع أى علامة على الأسئلة التى بداخل هذه الكراسة وجميع إجاباتك فى ورقة الإجابة المنفصلة المكتوب عليها أسمك وبياناتك المختلفة والتى سبق توزيعها عليك.

(A)

١ - هل تحتاج لنظارة للقراءة؟
٢ - هل تحتاج لنظارة لرؤية الأشياء البعيدة؟
٣ - هل تطرف عيناك أو تدمع باستمرار؟
٤ - هل عيناك غالبا ما تكون حمراوين أو ملتهبتين؟
٥ - هل يحدث لك غالبا فقدان كامل للرؤية؟
٦ - هل عادة تعانى من آلام شديدة فى عينيك؟
٧ - هل احسست بسحابات فى العين؟
٨ - هل سبق أن أخبرت بأن عندك جلوكوما (مياه زرقاء بالعين)؟
٩ - هل تستعمل عدسات لاصقة؟
١٠ - هل عانيت أبدا من ازدواج الرؤية؟
١١ - هل تسمع بصعوبة؟
١٢ - هل استعملت مساعدات سمعية؟
١٣ - هل تلاحظ طنين فى أذنيك؟

(B)

١٤ - هل عليك أن تطرد البلغم من زورك كثيراً؟
١٥ - هل كثيرا ما تحس بغصة خانقة فى زورك؟
١٦ - هل أنفك مسدود باستمرار؟
١٧ - هل أنفك يرشح باستمرار؟
١٨ - هل سبق أن أصبت بنزيف حاد فى الأنف؟
١٩ - هل تعانى كثيراً من شدة البرد؟
٢٠ - هل يجعلك تكرار الاصابة بالبرد تعيساً طوال الشتاء؟
٢١ - هل أصبت بالحمى (حرارة شديدة بكل الجسم)؟
٢٢ - هل تعانى من مرض الربو؟
٢٣ - هل تعانى من التهاب الجيوب الانفية؟
٢٤ - هل تضايقك الكحة المستمرة؟
٢٥ - هل حدث أن كانت كحتك مصحوبة بدم؟
٢٦ - هل تعانى من الالتهاب الشعبى؟
٢٧ - هل يحدث احيانا أن تعرق عرقا غزيرا أثناء الليل؟
٢٨ - هل أجريت كشف بأشعة إكس على صدرك فى السنتين الاخيرتين؟

٢٩ - هل أصبت من قبل بالالتهاب الرئوى؟

٣٠ - هل أنت مدخن؟

(C)

٣١ - هل تعانى من الذبحة الصدرية؟

٣٢ - هل سبق أن أصبت بنوبة قلبية؟

٣٤ - هل يعانى أفراد عائلتك من متاعب قلبية؟

٣٥ - هل سبق أن عمل لك رسم قلب؟

٣٦ - هل تصحو أثناء الليل لضيق التنفس؟

٣٧ - هل تقوم بتدريبات منتظمة (يومياً)؟

٣٨ - هل سبق أن أخبرك الطبيب أن ضغط الدم لديك مرتفع جداً أو منخفض؟

٣٩ - هل سبق أن علمت بأن نسبة الكوليسترول مرتفعة في دمك؟

٤٠ - هل تشعر بآلام في القلب أو الصدر؟

٤١ - هل غالباً ما تكون نبضات قلبك سريعة؟

٤٢ - هل تشعر بصعوبة فى التنفس؟

٤٣ - هل تصبح مقطوع الأنفاس قبل أى شخص آخر؟

٤٤ - هل سبق أن وصف لك مضادات حيوية أثناء علاج أسنانك؟

٤٥ - هل تعانى من تورم في مفصل القدم؟

٤٦ - هل سبق أن تناولت أدوية لتخلص جسمك من الماء؟

٤٧ - هل سبق أن أصابتك حمى روماتيزمية؟

٤٨ - هل سبق إخبارك بوجود لغط في قلبك؟

٤٩ - هل سبق إخبارك بوجود مشاكل في صمامات قلبك؟

(D)

٥٠ - هل فقدت أكثر من نصف أسنانك؟

٥١ - هل تعانى من نزيف فى اللثة؟

٥٢ - هل تعانى من صعوبة فى البلع؟

٥٣ - هل تعانى من التهابات فى الفم؟

٥٤ - هل تعانى من التهابات فى اللثة (أو الشفتين)؟

٥٥ - هل سبق لك أن عانيت من آلام أثناء البلع؟

٥٦ - هل تعانى من تهيج فى القولون أو المعدة؟

٥٧ - هل سبق أن حدث لك [illegible]؟

٥٨ - هل سبق أن أجرى لك فحص بالاشعة السينية للجزء العلوى من الجهاز الهضمى؟
٥٩ - هل سبق أن أجرى لك فحص بالاشعة السينية باستخدام الصبغة؟
٦٠ - هل سبق أن كان لديك حصوات مرارية؟
٦١ - هل سبق أن أجريت كشفا على فتحة الشرج؟
٦٢ - هل سبق حدوث التهاب فى الغشاء المخاطى للقولون؟
٦٣ - هل سبق أن أصابتك الدوسنتيريا؟
٦٤ - هل زاد وزنك مؤخراً؟
٦٥ - هل نقص وزنك مؤخراً؟
٦٦ - هل سبق أن أصبت بالتهاب فى الزائدة الدودية؟
٦٧ - هل سبق أن أجريت لك جراحة فى البطن؟
٦٨ - هل سبق أن أصبت بقرحة؟
٦٩ - هل سبق أن لاحظت وجود دم فى البراز؟

(E)

٧٠ - هل سبق أن حدث لك كسور فى العظام؟
٧١ - هل تعانى من وجود عظام ضعيفة أو هشة؟
٧٢ - هل تتناول الأسبرين بانتظام بسبب التهاب المفاصل (الروماتزم)؟
٧٣ - هل تعانى كثيراً من آلام وتورمات فى مفاصلك؟
٧٤ - هل تشعر بتلبس فى عضلاتك ومفاصلك باستمرار؟
٧٥ - هل عادة تعانى من آلام قاسية فى ذراعيك أو ساقيك؟
٧٦ - هل أنت مقعد بسبب الروماتزم الشديد (التهاب المفاصل)؟
٧٧ - هل ينتشر الروماتيزم (داء المفاصل) فى عائلتك؟
٧٨ - هل تجعل قدماك الضعيفة أو المؤلمة حياتك بائسة؟
٧٩ - هل تجد صعوبة فى الاستمرار فى العمل بسبب آلام الظهر؟
٨٠ - هل تعانى من عجز جسدى أو عاهة؟

(F)

٨١ - هل تعانى من اصابات جلدية مزمنة؟
٨٢ - هل كثيراً ما يظهر طفح جلدى لديك؟
٨٣ - هل جلدك حساس جداً أو رفيع؟
٨٤ - هل تظل الجروح فى جلدك عادة مفتوحة لمدة طويلة؟
٨٥ - هل يحدث غالباً أحمرار شديد فى وجهك؟

٨٦ - هل تعرق بشكل غزير حتى فى الجو البارد؟
٨٧ - هل تعانى من وجود حكة شديدة فى جلدك؟

(G)

٨٨ - هل تعانى من تكرار حدوث صداع بالرأس؟
٨٩ - هل الصداع منتشر فى عائلتك؟
٩٠ - هل الضغط والصداع فى الرأس غالباً ما يجعل حياتك بائسة؟
٩١ - هل يحدث لك نوبات سخونة أو برودة؟
٩٢ - هل غالباً ما تعانى من نوبات شديدة من الدوخة؟
٩٣ - هل كثيراً ما تشعر بالاغماء؟
٩٤ - هل أصبت بالاغماء أكثر من مرتين فى حياتك؟
٩٥ - هل تشعر بتخدير مستمر أو وخز فى أى من أجزاء جسمك؟
٩٦ - هل سبق أن أصيب أحد أجزاء جسمك بالشلل؟
٩٧ - هل سبق ان اصبت بضربة أفقدتك الوعى؟
٩٨- هل حدث لك ارتعاش احيانا فى الوجه أو الرأس أو الاكتاف؟.
٩٩- هل سبق أن حدث لك نوبة مرض أو تشنج (صرع)؟.
١٠٠ - هل سبق حدوث نوبة مرض أو تشنج (صرع) لأحد أفراد عائلتك؟
١٠١- هل تقرض (تعض) أظافرك بصورة ضارة؟
١٠٢- هل تعانى من التهتهة أو اللعثمة ؟
١٠٣- هل تمشى أثناء النوم؟
١٠٤- هل تتبول فى الفراش؟
١٠٥- هل كنت تتبول فى الفراش وعمرك من ٨ سنوات إلى ١٤سنة؟

(H)

١٠٦- هل غالبا ماتكون أعضاؤك التناسلية بها ألم أو التهاب؟
١٠٧- هل سبق أن وصف لك علاج لأعضائك التناسلية؟
١٠٨- هل سبق أن أخبرك الطبيب بأن عندك فتق؟
١٠٩- هل سبق أن كان تبولك مصحوباً بدم؟
١١٠- هل لديك مشكلة عند بدء التبول؟
١١١- هل تعانى من مشكلات خاصة بقدرتك الجنسية؟
١١٢- هل سبق أن كان لديك مشكلة خاصة بالجهاز التناسلى؟
١١٣- هل سبق أن كان لديك حصوة فى الكلية؟

١١٤- هل يجب عليك أن تنهض من نومك كل ليلة لتتبول؟

١١٥- هل عادة ما تتبول كثيراً أثناء النهار؟

١١٦- هل تعانى غالبا من حرقان شديد عندما تتبول؟

١١٧- هل أحيانا ما تفقد التحكم فى المثانه؟

١١٨- هل سبق أن أنبأك الطبيب بأنك تعانى من مرض فى الكلية أو المثانة؟

(I)

١١٩- هل غالبا ما تحدث لك نوبات من الاجهاد الكامل أو التعب؟

١٢٠- هل العمل ينهك (يجهد) قوتك كلية؟

١٢١- هل عادة تحس بالتعب والاجهاد فى الصباح؟

١٢٢- هل يجهدك أى مجهود ولوكان ضئيلا؟

١٢٣- هل يحدث أن تكون متعب جداً ومنهمك لدرجة أنك لا تستطيع تناول الطعام؟

١٢٤- هل تعانى من اجهاد عصبى شديد؟

١٢٥- هل ينتشر الاجهاد العصبى بين أفراد عائلتك؟

(J)

١٢٦- هل كثيراً ما تكون مريضاً؟

١٢٧- هل كثيراً ما تلازم الفراش بسبب المرض؟

١٢٨- هل أنت دائما صحتك ضعيفة؟

١٢٩- هل تعتبر شخصا دائم المرض؟

١٣٠- هل أنت شخص من عائلة أفرادها دائمى المرض؟

١٣١- هل الآم الصداع الشديدة تجعل من المستحيل عليك القيام بعملك؟

١٣٢- هل تقلق كثيرا وتكون منزعجا بخصوص صحتك؟

١٣٣- هل أنت دائما مريض وغير سعيد؟

١٣٤- هل ضعف الصحة يجعلك دائما يائسا؟

(K)

١٣٥- هل سبق أن أصبت بمرض الحمى الروماتيزمية؟

١٣٦- هل أصبت فى طفولتك بحمى روماتيزمية، أو الام شديدة أو ارتعاشات فى الأطراف؟

١٣٧- هل سبق أن حدث لك مرض الملاريا؟

١٣٨- هل سبق علاجك من أنيميا حادة؟

١٣٩- هل سبق أن عولجت من مرض تناسلى خبيث؟

١٤٠- هل سبق أن أصبت بمرض السكر؟

١٧٠- هل تتناول حبوب الحديد بانتظام؟

١٧١- هل سبق لك أن احتجت إلى خدمات من معالج العمود الفقرى بتقويمه يدوياً (بالتدليك)؟

١٧٢- هل تتناول بانتظام مهدئات ومسكنات؟

(M)

١٧٣- هل تعرق أو ترتعش كثيراً أثناء الامتحانات أو حين توجه إليك أسئلة؟

١٧٤- هل تحس بأنك عصبى ومهزوز عندما يقترب منك أحد رؤسائك؟

١٧٥- هل تتلخبط فى عملك عندما يراقبك أحد رؤسائك أثناء قيامك به؟

١٧٦- هل تختلط عندك الأشياء تماماً إذا كان عليك العمل بسرعة؟

١٧٧- هل يجب أن تقوم بعمل الأشياء ببطء شديد حتى لاتقع فى أخطاء؟

١٧٨- هل تفهم الأوامر والتوجيهات بصورة خاطئة دائما؟

١٧٩- هل تخيفك الأماكن غير المألوفة أو الناس الأغراب؟

١٨٠- هل تخاف عندما تكون وحداً بلا أصدقاء حولك؟

١٨١- هل من الصعب عليك دائماً أن تأخذ قرارك؟

١٨٢- هل تود أن يكون هناك دائماً أحد بجوارك لينصحك؟

١٨٣- هل تُعتبر شخصا يفتقر إلى الخبرة؟

١٨٤- هل يضايقك تناول الطعام فى أى مكان غير منزلك؟

(N)

١٨٥- هل تشعر بالعزلة والحزن أثناء تواجدك فى أحدى الحفلات؟

١٨٦- هل تشعر عادة بعدم السعادة والاكتئاب؟

١٨٧- هل غالبا ما تبكى؟

١٨٨- هل أنت دائما مبتئس وحزين؟

١٨٩- هل تبدو لك الحياة لا أمل فيها كلية؟

١٩٠- هل غالبا ما تود أن تكون ميتا وبعيدا عن كل شئ؟

(O)

١٩١- هل يحطمك القلق باستمرار؟

١٩٢- هل ينتشر القلق بين أفراد عائلتك؟

١٩٣- هل أى شئ ضئيل يثير أعصابك ويتعبك؟

١٩٤- هل تعتبر شخصيا عصبيا؟

١٩٥- هل العصبية من صفات أفراد عائلتك؟

١٩٦- هل سبق أن أصبت بانهيار عصبى؟

١٤١- هل أخبرك الطبيب أن لديك التهاب بالغدة الدرقية (في عنقك)؟

١٤٢- هل سبق أن عالجك الطبيب من ورم أو سرطان؟

١٤٣ - هل تعاني من أي مرض مزمن؟

١٤٤ - هل وزنك أقل من المعدل؟

١٤٥- هل وزنك أزيد من المعدل؟

١٤٦- هل أخبرك الطبيب بوجود أوردة متضخمة في ساقيك؟

١٤٧- هل سبق لك اجراء عملية خطيرة؟

١٤٨- هل سبق أن حدثت لك أصابة خطيرة؟

١٤٩- هل غالبا ما تحدث لك حوادث صغيرة أو أصابات؟

١٥٠ - هل سبق أن عانيت من حالة في الغدة الدرقية؟

١٥١- هل تعاني من أنخفاض في نسبة السكر في الدم (هيبوجسليكميا)؟

١٥٢- هل سبق لك عمل اختبار نسبة الجلوكوز؟

(L)

١٥٣- هل عادة ما تجد صعوبة كي تنام أو تستمر في النوم؟

١٥٤- هل تجد من المستحيل أخذ فترة راحة منتظمة كل يوم؟

١٥٥- هل تجد من المستحيل عمل تمارين منتظمة يومياً؟

١٥٦- هل تدخن أكثر من ٢٠ سيجارة يومياً؟

١٥٧- هل تتناول أكثر من تسعة فناجين من القهوة أو الشاي يومياً؟

١٥٨- هل تتناول عادة مشروباً كحولياً مرتين أو أكثر يومياً؟

١٥٩- هل سبق أن أجريت لك عملية نقل دم؟

١٦٠- هل سبق إخبارك بأن لا تتبرع بدمك؟

١٦١- هل سبق لك تعاطي مخدرات؟

١٦٢- هل كثيراً ما تتعاطى أدوية بدون تشخيص من الطبيب؟

١٦٣- هل سبق أن تعرضت تعرضاً شديداً للاشعاع؟

١٦٤- هل تتعرض أو تتعامل مع الكيماويات أثناء عملك؟

١٦٥- هل لك هوايات غير عادية قد تؤثر في صحتك؟

١٦٦- هل تقتني في منزلك حيوانات غير مألوفة (سلاحف، ثعابين، قرود... الخ)؟

١٦٧- هل سبق إصابتك بالمرض أثناء سفرك للخارج؟

١٦٨- هل تستخدم حبوبا منومة؟

١٦٩- هل تستخدم الفيتامينات بانتظام؟

١٩٧- هل سبق أن أصيب أحد أفراد عائلتك بانهيار عصبي؟

١٩٨- هل سبق أن كنت تعالج في أحد المستشفيات النفسية (بسبب اضطرابك)؟

١٩٩- هل سبق علاج أحد أفراد أسرتك في أحد المستشفيات العقلية (بسبب أعصابه)؟

(P)

٢٠٠- هل أنت حساس أو خجول جداً؟

٢٠١- هل أنت من عائلة خجولة أو حساسة؟

٢٠٢- هل من السهل إيذاء شعورك؟

٢٠٣- هل يثيرك النقد دائماً؟

٢٠٤- هل تعتبر شخصا سريع الغضب؟

٢٠٥- هل دائماً يسيء الناس فهمك؟

(Q)

٢٠٦- هل تحترس لنفسك دائماً حتى وأنت مع أصدقائك؟

٢٠٧- هل تفعل الأشياء دائماً باندفاع مفاجيء؟

٢٠٨- هل من السهل إزعاجك أو إثارتك؟

٢٠٩- هل تنهار إذا لم تحافظ باستمرار على التحكم في نفسك؟

٢١٠- هل المضايقات الصغيرة تثير أعصابك وتجعلك غاضباً؟

٢١١- هل يثير غضبك أن تجد من يخبرك بما عليك أن تفعله؟

٢١٢- هل غالبا ما يضايقك الناس أو يثيروك؟

٢١٣- هل تقع في الغضب إذا لم تستطيع الحصول على ما تطلبه فوراً؟

٢١٤- هل غالباً ما يصيبك هياج عنيف؟

(R)

٢١٥- هل غالبا ما تهتز أو ترتعش؟

٢١٦- هل تكون دائما ثائراً وشديد العصبية؟

٢١٧- هل تجعلك الأصوات المفاجئة ترتجف بشدة؟

٢١٨- هل ترتعش أو تشعر بالضعف حينما يصيح أحد في وجهك؟

٢١٩- هل تخاف من الحركات المفاجئة أو الضوضاء أثناء الليل؟

٢٢- هل غالبا ما تصحو من نومك بسبب الأحلام المزعجة؟

٢٢١- هل تعاودك الأفكار المخيفة دائما؟

٢٢٢- هل غالبا ما يعتريك خوف مفاجيء بدون سبب معقول؟

٢٢٣- هل غالبا ما يتصبب العرق البارد من جسمك؟

« ورقة إجابة »

قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصابية والسيكوسوماتية

تأليف

كيف برودمان، البرت ج. إردمان ، هارولدج. ولف

تعريب واعداد

الدكتور محمود السيد ابو النيل

قسم علم النفس كلية الآداب جامعة عين شمس

« ١٩٩٥ »

بيانات عامة عن المبحوث

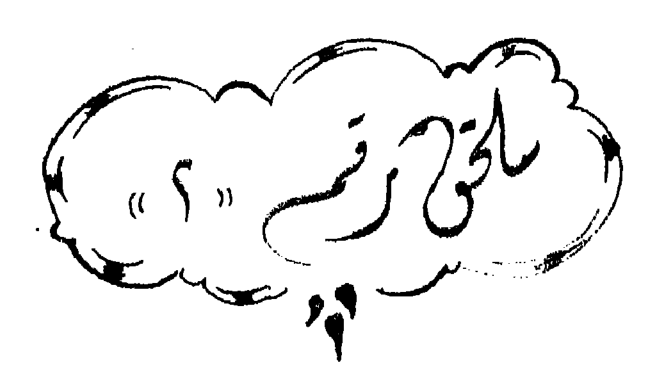
الأسم:	تاريخ الاختبار:	الحالة الاجتماعية: ....
الجنس: ذكر/أنثى	تاريخ الميلاد:	عدد الأبناء: ....
السنة الدراسية:	السن:	درجة تعليم الأب: ....
القسم:	الترتيب الميلادي:	وظيفة الأب: ....
الكلية:	المؤهل التعليمي:	درجة تعليم الأم: ....
الجامعة:	الوظيفة:	وظيفة الأم: ....
حي السكن:	اسم جهة العمل:	المرتب الشهري: ....
عدد الأخوة	عدد سنوات الخبرة:	مجموع دخل الأسرة: ....

رقــم الحالة (   )

رقم السؤال	(نعم)	(لا)	رقم السؤال	(نعم)	(لا)	رقم السؤال	(نعم)	(لا)	رقم السؤال	(نعم)	(لا)
١	=	= A	٣٠	=	= C	٥٩	=	=	٨٨	=	= G
٢	=	=	٣١	=	=	٦٠	=	=	٨٩	=	=
٣	=	=	٣٢	=	=	٦١	=	=	٩٠	=	=
٤	=	=	٣٣	=	=	٦٢	=	=	٩١	=	=
٥	=	=	٣٤	=	=	٦٣	=	=	٩٢	=	=
٦		=	٣٥	=	=	٦٤	=	=	٩٣	=	=
٧	=	=	٣٦	=	=	٦٥	=	=	٩٤	=	=
٨	=	=	٣٧	=	=	٦٦	=	=	٩٥	=	=
٩	=	=	٣٨	=	=	٦٧	=	=	٩٦	=	=
١٠	=	=	٣٩	=	=	٦٨	=	=	٩٧	=	=
١١	=	=	٤٠	=	=	٦٩	=	= E	٩٨	=	=
١٢	=	=	٤١	=	=	٧٠	=	=	٩٩	=	=
١٣	=	= B	٤٢	=	=	٧١	=	=	١٠٠	=	=
١٤	=	=	٤٣	=	=	٧٢	=	=	١٠١	=	=
١٥	=	=	٤٤	=	=	٧٣	=	=	١٠٢	=	=
١٦	=	=	٤٥	=	=	٧٤	=	=	١٠٣	=	=
١٧	=	=	٤٦	=	=	٧٥	=	=	١٠٤	=	= H
١٨	=	=	٤٧	=	=	٧٦	=	=	١٠٥	=	=
١٩	=	=	٤٨	=	=	٧٧	=	=	١٠٦	=	=
٢٠	=	=	٤٩	=	= D	٧٨	=	=	١٠٧	=	=
٢١	=	=	٥٠	=	=	٧٩	=	=	١٠٨	=	=
٢٢	=	=	٥١	=	=	٨٠	=	=	١٠٩	=	=
٢٣	=	=	٥٢	=	=	٨١	=	= F	١١٠	=	=
٢٤	=	=	٥٣	=	=	٨٢	=	=	١١١	=	=
٢٥	=	=	٥٤	=	=	٨٣	=	=	١١٢	=	=
٢٦	=	=	٥٥	=	=	٨٤	=	=	١١٣	=	=
٢٧	=	=	٥٦	=	=	٨٥	=	=	١١٤	=	=
٢٨	=	=	٥٧	=	=	٨٦	=	=	١١٥	=	=
٢٩	=	=	٥٨	=	=	٨٧	=	=	١١٦	=	=

رقم الحالة (   )

رقم السؤال	(نعم)	(لا)	رقم السؤال	(نعم)	(لا)	رقم السؤال	(نعم)	(لا)	رقم السؤال	(نعم)	(لا)
١١٧	=	=	١٤٦	=	=	١٧٦	=	=	٢٠٥	=	=
١١٨	=	=	١٤٧	=	=	١٧٧	=	=	٢٠٦	=	=
١١٩	=	=	١٤٨	=		١٧٨	=	=	٢٠٧	=	=
١٢٠	=	=	١٤٩	=		١٧٩	=	=	٢٠٨	=	=
١٢١	=	=	١٥٠	=	=	١٨٠	=	=	٢٠٩	=	=
١٢٢	=	=	١٥١	=	=	١٨١	=	=	٢١٠	=	=
١٢٣		=	١٥٢	=	=	١٨٢	=		٢١١	=	=
١٢٤			١٥٣	=		١٨٣	=	=	٢١٢	=	=
١٢٥	=	=	١٥٤	=	=	١٨٤	=	=	٢١٣	=	=
١٢٦	=	=	١٥٦	=	=	١٨٥	=	=	٢١٤	=	=
١٢٧	=	=	١٥٧	=	=	١٨٦	=	=	٢١٥	=	=
١٢٨	=	=	١٥٨	=	=	١٨٧	=	=	٢١٦	=	=
١٢٩	=	=	١٥٩	=	=	١٨٨	=		٢١٧	=	=
١٣٠	=	=	١٦٠	=		١٨٩	=	=	٢١٨	=	=
١٣١	=	=	١٦١	=		١٩٠	=	=	٢١٩	=	=
١٣٢	=	=	١٦٢	=	=	١٩١	=	=	٢٢	=	=
١٣٣	=	=	١٦٣	=	=	١٩٢	=	=	٢٢١	=	=
١٣٤	=	=	١٦٤	=	=	١٩٣	=	=	٢١٢	=	=
١٣٥	=	=	١٦٥	=	=	١٩٤	=	=	٢٢٣	=	=
١٣٦	=	=	١٦٦	=	=	١٩٥	=	=			
١٣٧	=	=	١٦٧	=	=	١٩٦	=	=			
١٣٨	=	=	١٦٨	=	=	١٩٧	=	=			
١٣٩	=	=	١٦٩	=	=	١٩٨		=			
١٤٠		=	١٧٠	=		١٩٩		=			
١٤١		=	١٧١	=		٢٠٠		=			
١٤٢	=	=	١٧٢	=	=	٢٠١					
١٤٣	=	=	١٧٣	=		٢٠٢	=				
١٤٤		=	١٧٤	=		٢٠٣		=			
١٤٥	=	=	١٧٥		=	٢٠٤		=			


ملحق رقم "٢"

مقياس تنسي لمفهوم الذات

وليم فيتس

ترجمة واعداد

صفوت فرج — سهير كامل

ستجد فيما يلى مجموعة من العبارات مصاغة كما لو كانت على لسانك وهى معده لمساعدتك على وصف نفسك من وجهة نظرك الشخصية ، تكرم بالاجابة عليها كما لو كنت تصف نفسك لنفسك وليس لاحد آخر ، اقرا كل جملة بعناية ثم أختر أكثر اجابة تنطبق عليك من الاجابات الخمس المبينة ، وضع دائرة حول رقم هذه الاجابة على اليسار ، لاتترك اى جملة ، اجب عليها جميعا ، وضع الدائرة حول رقم الاجابة التى تنطبق عليك .

العبارة	غير صحيحة اطلاقا	غير صحيحة غالبا	بين بين	صحيحة غالبا	صحيحة تماما
١ — صحتى كويسه قوى	١	٢	٣	٤	٥
٢ — انـا جـذاب	١	٢	٣	٤	٥
٣ — انـا شخص مهرجـل	١	٢	٣	٤	٥
٤ — انـا مهـذب	١	٢	٣	٤	٥
٥ — انـا أمين	١	٢	٣	٤	٥
٦ — انـا شخص سىء	١	٢	٣	٤	٥
٧ — أنـا مرح	١	٢	٣	٤	٥
٨ — انـا هادىء وآخذ الأمور ببساطة	١	٢	٣	٤	٥
٩ — انـا بدون قيمة	١	٢	٣	٤	٥
١٠ — عيلتى دائما جنبى فى اى مشكلة	١	٢	٣	٤	٥
١١ — أنـا واحد من عيلة سعيده	١	٢	٣	٤	٥
١٢ — أصدقائى لايثقون فـى	١	٢	٣	٤	٥
١٣ — أنـا ودود	١	٢	٣	٤	٥
١٤ — انـا محبوب من الرجال	١	٢	٣	٤	٥
١٥ — ما اشغلش بالى باللى بيعملوه الناس . .	١	٢	٣	٤	٥
١٦ — لااقول الصدق دائما	١	٢	٣	٤	٥

العبارة	غير صحيح اطلاقا	غير صحيح غالبا	بين بين	صحيحة غالبا	صحيحة تماما
١٧ ـ احيانا اثور واغضب	١	٢	٣	٤	٥
١٨ ـ احب ان ابقى نظيف وفى احسن هيئة . .	١	٢	٣	٤	٥
١٩ ـ انا مليان اوجاع وآلام	١	٢	٣	٤	٥
٢٠ ـ انا شخص عليل	١	٢	٣	٤	٥
٢١ ـ انا شخص متدين	١	٢	٣	٤	٥
٢٢ ـ اخلاقياتى دون المستوى	١	٢	٣	٤	٥
٢٣ ـ اخلاقى ضعيفة	١	٢	٣	٤	٥
٢٤ ـ اقدر كويس اتحكم فى نفس	١	٢	٣	٤	٥
٢٥ ـ انا حقود	١	٢	٣	٤	٥
٢٦ ـ انا مهووس	١	٢	٣	٤	٥
٢٧ ـ انا مهم فى نظر عيلتى واصحابى	١	٢	٣	٤	٥
٢٨ ـ محدش من عيلتى يحبنى	١	٢	٣	٤	٥
٢٩ ـ اشعر ان عيلتى لاتثق فى	١	٢	٣	٤	٥
٣٠ ـ انا محبوب من النساء	١	٢	٣	٤	٥
٣١ ـ انا ثائر على العالم كله	١	٢	٣	٤	٥
٣٢ ـ صعب على اى احد ان يصاحبنى . .	١	٢	٣	٤	٥
٣٣ ـ ساعات افكر فى حاجات وحشة ما اقدرش اقولها	١	٢	٣	٤	٥
٣٤ ـ ساعات لما اكون مش مبسوط احس بالضياع	١	٢	٣	٤	٥
٣٥ ـ لاانا تخين ولاانا رفيع	١	٢	٣	٤	٥
٣٦ ـ انا راضى بشكلى كده	١	٢	٣	٤	٥
٣٧ ـ ياريت اقدر اغير بعض اجزاء جسمى . .	١	٢	٣	٤	٥
٣٨ ـ انا راضى باخلاقى وسلوكى	١	٢	٣	٤	٥
٣٩ ـ انا راضى بعلاقتى بربنا	١	٢	٣	٤	٥
٤٠ ـ لازم ازود من ذهابى لبيوت الله	١	٢	٣	٤	٥
٤١ ـ انا راضى بحالى	١	٢	٣	٤	٥
٤٢ ـ انا كده لطيف وكويس	١	٢	٣	٤	٥
٤٣ ـ باحتقر نفسى	١	٢	٣	٤	٥
٤٤ ـ انا راضى بعلاقاتى العائلية	١	٢	٣	٤	٥
٤٥ ـ انا فاهم عيلتى كويس قوى	١	٢	٣	٤	٥
٤٦ ـ لازم اثق فى عيلتى اكثر من كده	١	٢	٣	٤	٥
٤٧ ـ انا اجتماعى على قد ماكنت احب	١	٢	٣	٤	٥

العبارة	غير صحيح اطلاقا	غير صحيح غالبا	بين بين	صحيحة غالبا	صحيحة تماما
٤٨ ـ دائما احاول اكون مصدر سرور الناس من غير افراط	١	٢	٣	٤	٥
٤٩ ـ انـا سيء من وجهة نظر اجتماعية	١	٢	٣	٤	٥
٥٠ ـ مش باحب كل معارفى	١	٢	٣	٤	٥
٥١ ـ احيانا اضحك من نكته بذيئة	١	٢	٣	٤	٥
٥٢ ـ لا انـا طويل قوى ولاقصير قوى	١	٢	٣	٤	٥
٥٣ ـ مش حاسس انى على ما يرام	١	٢	٣	٤	٥
٥٤ ـ احب اكون جذاب اكثر عند الجنس الآخر	١	٢	٣	٤	٥
٥٥ ـ انـا متدين زى ماكنت احب	١	٢	٣	٤	٥
٥٦ ـ احب ابقى موضع ثقة أكثر من دلوقت	١	٢	٣	٤	٥
٥٧ ـ مش لازم اكـذب كتير بعد كده	١	٢	٣	٤	٥
٥٨ ـ انـا ذكى وذكائى مناسب جداً	١	٢	٣	٤	٥
٥٩ ـ لست الشخص الذى كنت احب ان اكون	١	٢	٣	٤	٥
٦٠ ـ كان نفسى مابقاش سهل وطوع كده	١	٢	٣	٤	٥
٦١ ـ باعامل (او كنت باعامل) والدى كما يجب	١	٢	٣	٤	٥
٦٢ ـ انا حساس لحاجات كتير من اللى بتقولها عليتى	١	٢	٣	٤	٥
٦٣ ـ لازم احب عيلتى أكثر من كده	١	٢	٣	٤	٥
٦٤ ـ انا راضى بطريقتى فى معاملة الناس	١	٢	٣	٤	٥
٦٥ ـ لازم اكون مؤدب اكثر مـن كده	١	٢	٣	٤	٥
٦٦ ـ لازم انسجم اكثر مع الناس التانية	١	٢	٣	٤	٥
٦٧ ـ احيانا اتكلم فى سيرة الناس (اغتابهم)	١	٢	٣	٤	٥
٦٨ ـ ساعات احس انى عاوز اسبب واشتم	١	٢	٣	٤	٥
٦٩ ـ باعتنى جدا بجسمـى	١	٢	٣	٤	٥
٧٠ ـ باحاول اعتنى بمظهرى	١	٢	٣	٤	٥
٧١ ـ انا خايب خالص فى الاعمال اليدوية	١	٢	٣	٤	٥
٧٢ ـ انا عايش فى حياتى العادية حسب معتقداتى	١	٢	٣	٤	٥
٧٣ ـ بمجرد ما اغلط على طول أرجع عن غلطى	١	٢	٣	٤	٥
٧٤ ـ ساعات اعمل حاجات وحشه قوى	١	٢	٣	٤	٥
٧٥ ـ اقدر آخذ بالى من نفسى فى اى وقت	١	٢	٣	٤	٥

العبارة	غير صحيح اطلاقا	غير صحيح غالبا	بين بين	صحيحة غالبا	صحيحة تماما
٧٦ — اقبل التأنيب بسهولة وبدون غضب . . .	١	٢	٣	٤	٥
٧٧ — باتصرف من غير ما افكر قبلها	١	٢	٣	٤	٥
٧٨ — بحاول اتصرف بنزاهة مع عيلتى واصحابى	١	٢	٣	٤	٥
٧٩ — باهتم كويس قوى بعيلتى	١	٢	٣	٤	٥
٨٠ — كلام والدى (كان) له السمع والطاعة . .	١	٢	٣	٤	٥
٨١ — دائما أحاول فهم وجهة النظر الأخرى . .	١	٢	٣	٤	٥
٨٢ — علاقتى كويسة بالناس	١	٢	٣	٤	٥
٨٣ — مش سهل اسامح	١	٢	٣	٤	٥
٨٤ — يهمنى قوى ابقى الكسبان فى اى لعبة . .	١	٢	٣	٤	٥
٨٥ — باحس انى على مايرام معظم الوقت . . .	١	٢	٣	٤	٥
٨٦ — انا مش لعيب لا فى الرياضة ولا فى العاب التسالى	١	٢	٣	٤	٥
٨٧ — نومى قليل	١	٢	٣	٤	٥
٨٨ — باعمل المضبوط غالبا	١	٢	٣	٤	٥
٨٩ — ساعات الجا للوسائل الملتوية	١	٢	٣	٤	٥
٩٠ — مش سهل على الالتزام بالمعايير الأخلاقية فى سلوكى	١	٢	٣	٤	٥
٩١ — باحل مشاكلى بسهولة	١	٢	٣	٤	٥
٩٢ — دائما اغير رايى	١	٢	٣	٤	٥
٩٣ — دائما احاول اهرب من مشاكلى	١	٢	٣	٤	٥
٩٤ — باعمل نصيبى من شغل البيت	١	٢	٣	٤	٥
٩٥ — باتخانق مع افراد عيلتى	١	٢	٣	٤	٥
٩٦ — دائما باخيب ظن عيلتى	١	٢	٣	٤	٥
٩٧ — كل واحد اعرفه الاقى فيه ميزة معينة	١	٢	٣	٤	٥
٩٨ — مش سهل ارتاح مع الناس	١	٢	٣	٤	٥
٩٩ — صعب على انى اتكلم مع غرباء	١	٢	٣	٤	٥
١٠٠ — احيانا اوجل عمل اليوم الى الغد	١	٢	٣	٤	٥

الاسم :　　　　العمر :　　　　النوع (ذكر — انثى)

الاســـم :

الوظيفـة :

الحالة الاجتماعية :

الســن :

الجنس :

ضع دائرة حول رقم الاجابة التي تنطبق عليــــك

رقم البند	رقم الاجابة					رقم البند	رقم الاجابة					رقم البند	رقم الاجابة					رقم البند	رقم الاجابة				
١	١	٢	٣	٤	٥	٢٦	١	٢	٣	٤	٥	٥١	١	٢	٣	٤	٥	٧٦	١	٢	٣	٤	٥
٢	١	٢	٣	٤	٥	٢٧	١	٢	٣	٤	٥	٥٢	١	٢	٣	٤	٥	٧٧	١	٢	٣	٤	٥
٣	١	٢	٣	٤	٥	٢٨	١	٢	٣	٤	٥	٥٣	١	٢	٣	٤	٥	٧٨	١	٢	٣	٤	٥
٤	١	٢	٣	٤	٥	٢٩	١	٢	٣	٤	٥	٥٤	١	٢	٣	٤	٥	٧٩	١	٢	٣	٤	٥
٥	١	٢	٣	٤	٥	٣٠	١	٢	٣	٤	٥	٥٥	١	٢	٣	٤	٥	٨٠	١	٢	٣	٤	٥
٦	١	٢	٣	٤	٥	٣١	١	٢	٣	٤	٥	٥٦	١	٢	٣	٤	٥	٨١	١	٢	٣	٤	٥
٧	١	٢	٣	٤	٥	٣٢	١	٢	٣	٤	٥	٥٧	١	٢	٣	٤	٥	٨٢	١	٢	٣	٤	٥
٨	١	٢	٣	٤	٥	٣٣	١	٢	٣	٤	٥	٥٨	١	٢	٣	٤	٥	٨٣	١	٢	٣	٤	٥
٩	١	٢	٣	٤	٥	٣٤	١	٢	٣	٤	٥	٥٩	١	٢	٣	٤	٥	٨٤	١	٢	٣	٤	٥
١٠	١	٢	٣	٤	٥	٣٥	١	٢	٣	٤	٥	٦٠	١	٢	٣	٤	٥	٨٥	١	٢	٣	٤	٥
١١	١	٢	٣	٤	٥	٣٦	١	٢	٣	٤	٥	٦١	١	٢	٣	٤	٥	٨٦	١	٢	٣	٤	٥
١٢	١	٢	٣	٤	٥	٣٧	١	٢	٣	٤	٥	٦٢	١	٢	٣	٤	٥	٨٧	١	٢	٣	٤	٥
١٣	١	٢	٣	٤	٥	٣٨	١	٢	٣	٤	٥	٦٣	١	٢	٣	٤	٥	٨٨	١	٢	٣	٤	٥
١٤	١	٢	٣	٤	٥	٣٩	١	٢	٣	٤	٥	٦٤	١	٢	٣	٤	٥	٨٩	١	٢	٣	٤	٥
١٥	١	٢	٣	٤	٥	٤٠	١	٢	٣	٤	٥	٦٥	١	٢	٣	٤	٥	٩٠	١	٢	٣	٤	٥
١٦	١	٢	٣	٤	٥	٤١	١	٢	٣	٤	٥	٦٦	١	٢	٣	٤	٥	٩١	١	٢	٣	٤	٥
١٧	١	٢	٣	٤	٥	٤٢	١	٢	٣	٤	٥	٦٧	١	٢	٣	٤	٥	٩٢	١	٢	٣	٤	٥
١٨	١	٢	٣	٤	٥	٤٣	١	٢	٣	٤	٥	٦٨	١	٢	٣	٤	٥	٩٣	١	٢	٣	٤	٥
١٩	١	٢	٣	٤	٥	٤٤	١	٢	٣	٤	٥	٦٩	١	٢	٣	٤	٥	٩٤	١	٢	٣	٤	٥
٢٠	١	٢	٣	٤	٥	٤٥	١	٢	٣	٤	٥	٧٠	١	٢	٣	٤	٥	٩٥	١	٢	٣	٤	٥
٢١	١	٢	٣	٤	٥	٤٦	١	٢	٣	٤	٥	٧١	١	٢	٣	٤	٥	٩٦	١	٢	٣	٤	٥
٢٢	١	٢	٣	٤	٥	٤٧	١	٢	٣	٤	٥	٧٢	١	٢	٣	٤	٥	٩٧	١	٢	٣	٤	٥
٢٣	١	٢	٣	٤	٥	٤٨	١	٢	٣	٤	٥	٧٣	١	٢	٣	٤	٥	٩٨	١	٢	٣	٤	٥
٢٤	١	٢	٣	٤	٥	٤٩	١	٢	٣	٤	٥	٧٤	١	٢	٣	٤	٥	٩٩	١	٢	٣	٤	٥
٢٥	١	٢	٣	٤	٥	٥٠	١	٢	٣	٤	٥	٧٥	١	٢	٣	٤	٥	١٠٠	١	٢	٣	٤	٥


ملحق رقم "٣"

اختبار الامراض الجلدية

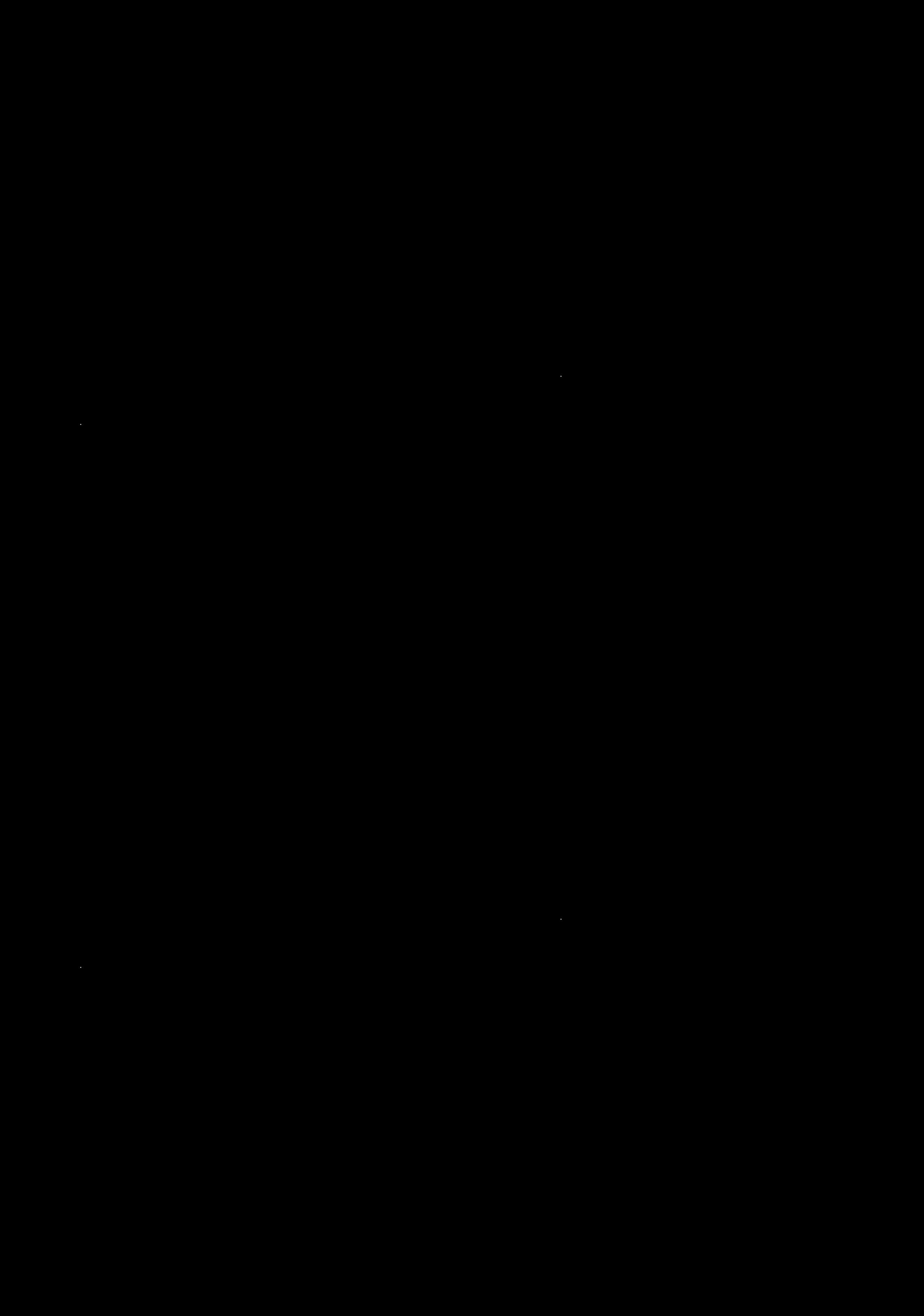
من إعداد الباحثة

<u>تعليمات الإختبار :</u>

في الصفحات الآتية مجموعة من الأسئلة التى تتعلق بالأمراض الجلدية الذى تعانى منها والمطلوب منك الاجابة بصدق علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على أى من هذه الامثلة .

فالسؤال الذى ينطبق عليك أجب عنه بنعم والسؤال الذى لا ينطبق عليك أجب عليه بلا

مسلسل	العبـــــــارة	نعم	لا
١	بتحس إنك عاوز تهرش جلدك قبل ما يظهر عليه أى بقع أو علامات للمرض ؟		
٢	بتلاحظ وجود بقع أو ورم فى نفس المكان الذى قمت بالهرش فيه من قبل ؟		
٣	بتحس إنك عاوز تهرش لحد ما تعور نفسك ؟		
٤	بتحس إنك عاوز تهرش من غير ما تقرب منك حشره مثلاً ؟		
٥	بتلاقى إن شكل الجلد ولونه بيتغير لما بتتعرض للشمس أو الحرارة؟		
٦	بتلاقى إن فيه ورم بيحصل فى الجلد بمجرد ما تتعرض للبرد ؟		
٧	بتلاحظ إن لون الجلد بيتغير لو لمست حاجة زى جسم حيوان أو نبات معين أو مـــادة كيميائيـــة أو لبست بعض إكسسوارات ؟		
٨	بتلاقى إن فى بقع حمراء ووارمه شكلها وحجمها ومكانها مختلف ؟		
٩	بتلاقى إن فى حبوب بتظهر فوق البقع الحمراء ؟		
١٠	بتلاقى إن البقع بتختفى خلال ٢٤ ساعة ؟		
١١	بتحس إن شكل الجلد ولونه بيتغير لما بتأكل أكل معين ؟		
١٢	بتظهر عندك حبوب فى أماكن معينة من جسمك ؟		
١٣	بتلاقى إن الحبوب بتكتر وتوزع ؟		
١٤	بتلاحظ إن الحبوب والبقع لما بتهرشها بيخرج منها ماء أو صديد ؟		
١٥	بتلاقى إن عندك أماكن خشنه لونها أحمر ؟		
١٦	بتشعر إنك عاوز تهرش فى الأماكن الخشنه بشكل شديد جداً لحد ما تعور نفسك ؟		
١٧	بتلاقى إن عندك بقع أو رقع سميكه (تخينه) ومشققه ؟		
١٨	بعد ما بتتعالج من الإكزيمه أو بتختفى بتترك أثر (لون الجلد يصبح غامق).		
١٩	بتلاقى إن فى أجزاء سميكه فى جلدك لونها أحمر ؟		
٢٠	بتظهر عندك رقعه جلدية فى أماكن حتلك فيها إصابة أو إتجرحت فيها أو عملت فيها عمليـــة قبـــل كده ؟		
٢١	بتلاقى إن عندك قشره أو كتل قشرية سميكه فى فروة الرأس ؟		
٢٢	بتلاقى إن فيه إحمرار فى المفاصل وخصوصاً مفاصل اليدين والقدمين ؟		
٢٣	بتلاقى إن أظافرك تنمو وتكبر بشكل سريع ؟		
٢٤	بتلاقى إن فيه وجع شديد فى الأماكن المصابة بالصدفيه ؟		
٢٥	بتلاقى إن فيه تشوه فى شكل الأظافر ؟		
٢٦	بتلاقى إن فيه قشور لونها فضى أو أبيض منتشرة فوق الأماكن المصابة ؟		
٢٧	بتلاقى إن فيه إحمرار فى جلدك معاه هرش ؟		
٢٨	بتحس بألم شديد يسببلك إعاقة عن الحركة السهلة أحياناً		



جامعة عين شمس

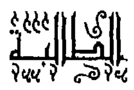
كلية الآداب

قسم علم النفس

مفهوم الذات

لدي مرضى الجلد السيكوسوماتيين

بحث مقدم من



سحر على طه على جزر

للحصول على درجة الماجستير فى الآداب

تحت إشراف

أ.د محمد محمد سيد خليل

أستاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس

القاهرة ٢٠٠١

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿الله الذى خلقكم من ضعف ثم جعل من بعد ضعف قوة ثم جعل من بعد قوة ضعفا وشيبة يخلق ما يشاء وهو العليم القدير﴾

صدق الله العظيم

(سورة الروم آية ٥٤)

إهـــــداء

إلى أبى

الذى أعطى وما زال يعطى عطاءا بلا حدود ،

عرفانا بفضله وجهده لعلنى أكون قد حققت بعض ما يتمناه.

جزاه الله عنى خيرا

جامعة عين شمس
كلية الآداب

اســم الطالبــة : سحر على طه على جزر.

الدرجة العلميــة : ماجستير.

القسم التابع لــه : قسم علم النفس.

أســم الكليـــة : كلية الآداب.

الجامعــــة : عين شمس.

سنة التخـــرج : ١٩٩١.

ســنة المنـــح : ٢٠٠١.

رسالة ماجستير

أســـم الطالبـــة : سحر على طه على جزر.

عنـــوان الرسالـــة : مفهوم الذات لدى مرضى الجلد السيكوسوماتيين.

أســـم الدرجـــة : ماجستير.

لجنة الإشراف

١- أ.د./ محمد محمد سيد خليل أستاذ علم النفـــس بكليـــة الآداب جامعة عين شمس.

تاريخ البحث ١١ / ٧ / ٩٤

الدراسات العليا

ختم الإجازة أجيزت الرسالة بتاريخ ٩ / ٤ /٢٠٠١م

موافقة مجلس الكلية ٢٨ / ٤ / ٢٠٠١م موافقة مجلس الجامعة / /

شكر وتقدير

أتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير والعرفان إلى أستاذى ومعلمى الأستاذ الدكتور / محمد محمد سيد خليل والذى قام بالإشراف على هذا البحث فقد تعلمت منه أمانة الكلمة واحترام أصول البحث العلمى الدقيق كما أحاطنى بصداقته العلمية والإنسانية فله الفضل الأول والأخير فى إخراج هذا العمل المتواضع فله منى أسمى معانى الشكر والتقدير وأدعوا الله أن يكون حليفه فى مسيرته العلمية.

كما أتقدم بخالص شكرى وامتنانى إلى أستاذتى الدكتورة / إيمان محمود القماح والتى تعلمت على يديها الكثير من علمها وخلقها فلها منى خالص شكرى وامتنانى.

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى أستاذى الفاضل الأستاذ الدكتور / محمود السيد أبو النيل فقد أحاطنى بأبوته الحنون وعطائه الموسوعى وقد شرفنى بمناقشته لى فعسانى أن أحقق بعض ما يتمناه.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى الأستاذ الدكتور / محمد هاشم بحرى أستاذ الطب النفسى بجامعة الأزهر على تشريفه لمناقشة هذا البحث المتواضع.

كما لا أنسى أن أتقدم بخالص شكرى وتحياتى إلى الدكتور / أحمد صفوت استشارى الأمراض الجلدية بمستشفى الحوض المرصود والذى ساعدنى فى النواحى الطبية والعلمية الخاصة بموضوع البحث فله منى جزيل الشكر وتمنياتى له بدوام الصحة جزاه الله عنى خيراً.

كما أتوجه بالشكر إلى الأطباء العاملون بمستشفى الحوض المرصود على حسن تعاونهم معى.

كما أتقدم بالشكر إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد فى إخراج هذا العمل المتواضع .

وأتقدم بخاصل شكرى وتمنياتى بالشفاء العاجل لكل المرضى الذين قامت من أجلهم هذه الدراسة.

وأخيرا لى كلمة فى هذا الموقف أتقدم بها إلى أسرتى التى ظلت بجانبى وتحملت معى الكثير فلها جزيل شكرى وحبى وإعزازى.

قائمة المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة

الفصل الأول تحديد المشكلة وأهميتها وأهدافها

الفصل الثانى الإضطرابات السيكوسوماتية"

الفصل الثالث "مفهوم الذات"

الفصل الرابع "الإطار المنهجي"

الفصل الخامس "نتائج الدراسة ومناقشتها"

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

الشكل	البيان	رقم الصفحة

الفصـــــل الأول

تحديد المشكلة وأهميتها وأهدافها

- مقدمة
- تحديد المشكلة
- أهمية الدراسة
- أهداف الدارسة